

Universidade de Santiago de Compostela
Facultade de Ciencias Políticas
Departamento de Socioloxía

Orden social e loucura en Galicia

Tese de doutoramento

Manuel Torres Cubeiro

Juan Luis Pintos Cea Naharro (Director)

Santiago de Compostela, 2009.

Universidade de Santiago de Compostela
Facultade de Ciencias Políticas
Departamento de Socioloxía

Orden social e loucura en Galicia

Tese de doutoramento

Autor: Manuel Torres Cubeiro

Director: Juan-Luis Pintos de Cea Naharro

Santiago de Compostela 2009.

A Daniel e Ana.

Agradecementos:

Esta investigación é, en máis dun sentido, unha obra colectiva. Cito a continuación algunhas da débedas contraídas, e espero saberán perdoarme aqueles de quen sen mala intención puidera terme esquecido. Por suposto, a responsabilidade última de todo o que aquí se di é sempre miña.

En primeiro lugar a miña débeda cos usuarios de Pérgola supera todo o que boamente poida dicir aquí. Traballar con eles cada semana nos últimos anos segue sendo unha constante fonte de enriquecemento persoal. Esta investigación levouse a cabo grazas á súa paciencia. Pero sobre todo puido saír adiante polo reto constante que me supuxo falar con cada un deles, facéndome cuestionalo todo en cada momento.

As traballadoras de Pérgola, psicólogas, pedagogas e coidadoras, así como as empregadas nas diferentes unidades de saúde mental onde se desenvolveu esta investigación fixeron posible, co tempo que me dedicaron, esta tese.

En xeral teño que agradecerlle o seu desinterese a tódalas persoas que en Galicia e noutras terras, relacionadas dalgún xeito coa Enfermidade mental ou non, compartiron partes desta investigación. A miña débeda con eles é impagable. Cito só algún nomes, deixando a maior parte no tinteiro: Andrés, Carlos, Vicente, Santiago, Xose Antonio, Ana, Rosa, Rob, Pete, Antoine, Bob, María, Javier, Isabel, Josefina, Manolo...

A miña gratitude a Juan Luis Pintos polo seu tesón ao manter unha inquebrantable actitude aberta durante anos. Esa actitude unida a súa presenza constante mentras cambiaba de destions e ocupacións, fixo posible finalmente este, o noso *vintage*. Así mesmo debo sinalar as reunións do *Grupo Compostela de Imaxinarios Sociais*; nelas teño sempre recibido apoios, observacións e críticas. Enrique, Xulio, Carlos...

Por suposto e un nivel máis persoal, debo expresar aquí a miña gratitude con tódalas miñas familias....

Contido

Prólogo.	7
Abreviaturas utilizadas:	9
Introdución	11
Primeira Parte: Socioloxía médica da EMG.	21
Capítulo 1. A Socioloxía de Niklas Luhmann (1927-1988).	23
Premisas luhmanianas.	57
Consecuencias metodolóxicas.	59
Capítulo 2. A semántica do sistema médico e a psiquiatría.	61
Complexidade psiquiátrica.	74
Tres EMG: Esquizofrenia, Enfermidade Bipolar e Depresión.	76
Capítulo 3. A ciencia da sociedade: socioloxía médica.	81
Cultura e sociedade: o nacemento da antropoloxía e a socioloxía no século XIX.	83
A antropoloxía: complexidade cultural.	102
Complexidade sociolóxica.	119
Segunda Parte: Socioloxía Médica da EMG en Galicia.	121
Introdución.	123
Capítulo 4. Galicia: A Bisbarra de Oleiros.	129
Complexidade político territorial.	136
Capítulo 5. Psiquiatría e Beneficencia: 1885.	137
Complexidade na administración das EMG en Galicia ata 1992.	151
Capítulo 6. Unidades de Saúde Mental en Galicia. 1992.	153
USM1 urbana e rural.	153
Complexidade interdisciplinar.	179
USM2 urbana.	185
Complexidade psicoanalítica.	190
Capítulo 7. Pérgola 2005- 2008.	193
Complexidade asociativa.	214
Capítulo 8. Males de Familia.	217
Íntima complexidade.	224
Capítulo 9. Males de médicos.	227
Complexidade responsable.	238

Capítulo 10. Usuarios, EM, Tolos.	241
Complexidade vivida.	251
Capítulo 11. Complexidade informática.....	253
Complexidade da xestión.....	257
CONCLUSIÓNS.	259
Apéndices: os protagonistas.	267
Perfís biográficos de familiares.	269
Perfís biográficos de xestores	272
Perfís biográficos de usuarios, enfermos, pacientes, tolos. Datos primarios	284
Glosario de termos luhmanianos:	305
Glosario.	311
Bibliografía	317
Índice de táboas:.....	363
Índice de Ilustracións:	365
Índice de nomes, autores e conceptos.....	367

Prólogo.

A miña primeira experiencia cunha Enfermidade Mental Grave (EMG) foi a do meu propio pai. El viviu cun diagnóstico psiquiátrico de Enfermidade maníaco depresiva (hoxe bipolar) durante corenta anos. O seu diagnóstico levou consigo un tratamento farmacolóxico (litio) que aliviaba os síntomas da súa enfermidade: os seus cambios de humor eran máis suaves e a nosa vida familiar infinitamente máis sinxela. Supuxo dende logo un estigma (nunca aceptou a etiqueta diagnóstica) ao que enfrontarse e comprender; unha marca tanto para el coma para a familia e a súa rede de amigos. Pero tivo ademais os seus aspectos positivos. Grazas a el, obtivo o meu pai unha pensión por incapacidade que lle deu, deunos, vinte anos de tranquilidade relativa, e unha atención sanitaria gratuíta na súa invalidez primeiro, e na súa xubilación posterior.

Esta investigación é froito sen lugar a dúbidas do meu esforzo por comprender. O traballo cos EM usuarios da Asociación de Familiares de EM “Pérgola”, base da segunda parte desta tese, iniciáronse un par de anos despois da súa morte. A miña curiosidade inicial por temas relacionados coa EMG foi sempre, dende logo, “persoal”. O que quero indicar con isto, neste prólogo, é un apuntamento importante para o lector desta tese. A EMG non é para min un tema alleo. A construción teórica luhmaniana dende a que se interpretan os datos recollidos neste estudo require a comprensión deste dato. Marcou e marca a perspectiva dende a que se realizou a observación. Ter claro ese vínculo persoal do autor coa EM axudara ao lector a comprender a análise da EMG en Galicia que construiremos.

Abreviaturas utilizadas:

AAP: Asociación Americana de Psiquiatría.

AISSNA: Administración Institucional da Sanidade Nacional (Espanola). Creada no 1974 durou pouco na Transición cara ao sistema democrático dende as institucións do Franquismo.

AM: Antropoloxía Médica.

AP: Alianza Popular (partido político español ata a súa re-denominación no 1989 como Partido Popular).

APD: Asistencia Pública Domiciliaria. Servizo de financiamento municipal para os pobres de Beneficencia.

CHOP: Complexo Hospitalario de Pontevedra

CHOU: Complexo Hospitalario de Ourense

CHUS: Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

CIE: Clasificación Internacional das Enfermidades. Creado pola OMS ocúpase de tódalas enfermidades en tódalas especialidades médicas.

DSM: Manual de diagnóstico Estatístico creado pola AAP (estamos, en 2008, na versión DSM-IV-R)

EMG: Enfermidade Mental Grave, ou Enfermos Mentais Graves, ou as súas formas en plural.

EM: Enfermidade Mental, ou Enfermo Mental, ou as súas formas en plural segundo o contexto.

FEAFES: Federación Española de Asociacións de Familiares e Enfermos Mentais.

HCD: Historia Clínica Dixital.

IGE: Instituto Galego de Estatística.

INE: Instituto Nacional (Espanol) de Estatística.

INSALUD: Instituto Nacional de Saúde. Entidade de prestacións sanitarias gratuítas do Estado español creada no 1978 ao ser suprimido o antigo *Instituto Nacional de Previsión* (**INP**, 1908). Despois do traspaso de competencias ás Comunidades Autónomas, no período 1981-2002, foi reorganizado como o *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria* (**INGESA**) no ano 2002, creouse para xestionar a *Seguridade Social* (Pensións do Estado, etc.).

MIR: Médico Interno Residente.

MCSG: Medios de Comunicación Simbolicamente Xeneralizados.

ONU: Organización de Nacións Unidas

OMS: Organización Mundial da Saúde.

PANAP: Padroado Nacional de Asistencia Psiquiátrica (1959-1974).

PIR: Psicólogo Interno Residente.

PSOE: Partido Socialista Obreiro Español

PP: Partido Popular.

SERGAS: Servizo Galego de Saúde creado en 1989 coa transmisión de competencias sanitarias á Xunta de Galicia.

SM: Socioloxía Médica.

UCD: Unión de Centro Democrático (partido gobernante en España ata 1982 despois da morte de Franco).

USM: Unidade de Saúde Mental, ou as súas formas en plural segundo o contexto.

Introdución

“Tratándose dunha sociedade como a nosa, nada sabemos con certeza, salvo que exhibe tamén unha orde fluctuante, derivada de ir elixindo en sucesivos puntos de bifurcación”.¹ Antonio Escohotado: Caos y orden.

A afirmación central desta tese é que a Enfermidade Mental Grave (EMG) se constitúe nunha multitude complexa de procesos sociais entrelazados. A totalidade destes procesos comunícanse na expresión EMG asignándoselle nela unha falsa realidade ontolóxica. Ao converter os nomes, as comunicacións e as expectativas en cousas créanse modelos de realidade. Os conceptos como Enfermidade Mental, tolemia, loucura ou trastorno psiquiátrico (entre outros similares) designan “paquetes” de relacións e expectativas, non só estados do mundo, e dende logo, non unicamente estados psicolóxicos dunha conciencia. O obxectivo central desta investigación é *describir*, dende a socioloxía, esa rede complexa encerrada na EMG nun estudo centrado en Galicia. Só entendendo estes nomes como conxuntos de relacións, devolvéndolles a súa complexidade se poderán abolir inferencias mal encamiñadas pero ben intencionadas; e incrementar, polo tanto, a nosa comprensión compartida da EMG.

Poñamos un exemplo para clarificar estas afirmacións iniciais, usarémolo ao longo desta introdución. Unha familia en Galicia enfróntase por primeira vez a unha EMG nun dos seus membros. Cada integrante da unidade encárraa cunha estratexia diferente. Cada unha é aparentemente contraditorias coas restantes. A nai defende, digamos, a existencia dun trastorno “orgánico” (os nervios ou o estrees) para explicalo que lle sucede ao seu fillo dende hai uns meses. Acode por iso ao médico de cabeceira. Éste a deriva a un psiquiatra. O psiquiatra prescribe unhas pastillas e un seguimento mensual. Ao mesmo tempo, o seu marido acode a un curandeiro para “solucionar” o problema; un veciño da súa parroquia faloulle dun sobriño cunha problemática similar. O curandeiro curou ao sobriño “definitivamente” cun ritual nunha romaría. Tras peregrinar ala os “malos espíritos” que a “entraran” desapareceran. O pai visita entón o curandeiro cando os medicamentos receitados polo psiquiatra parecen non funcionar. A tía que vive na mesma casa fala co sacerdote da parroquia en busca de consello. O sacerdote a escoita con paciencia recomendándolle un médico privado que axudou tamén a outra veciña. O fillo da familia, a orixe do problema, “auto medicase” con heroína e nega a existencia de dificultades na súa vida. Todos eles falan dun mesmo “asunto”, enténdense sen que non obstante sexa posible comprenderse dende a perspectiva adoptada por cada un. Cada un converte o problema nunha realidade ontolóxica diferente. A nai nunha enfermidade orgánica, o pai nunha posesión, a tía nun asunto de médicos “expertos” privados; mentres, o implicado nega calquera realidade para ir camiño dunha toxicomanía. Imaxinemos que o fillo desta familia *consegue*, uns anos despois, un diagnóstico de Esquizofrenia, e que tras un tempo de probar con diferentes terapias, psicólogos, medicamentos e médicos, acode a unha Asociación de Familiares de Enfermos Mentais. Nela pasa boa parte do día “traballando” nun taller, recibe a

¹ Escohotado 1999: 13

medicación e “edúcanlle” nos síntomas da súa enfermidade. Agora é un *usuario* dunha asociación cunha longa carreira coa súa EM, e a súa toxicomanía. Imos agora a ir “des-fiando” a complexidade deste exemplo. Con elo iremos formulando os pasos, o método e os obxectivos da nosa investigación.

Ao longo dos últimos tres séculos xurdiron toda unha serie de perspectivas para enfrontarse á EMG: psiquiatría, medicinas populares, psicoloxía, psicanálise, ciencias sociais, etcétera. O médico psiquiatra estuda os síntomas, observa os indicios que se asocian entre si e a súa evolución para asignar despois un mesmo nome a unha mesma suposta enfermidade. Unha vez identificada a enfermidade mental o médico busca como tratala. O médico epidemiólogo fará deste caso imaxinario un claro exemplo de comorbilidade entre drogas e enfermidade mental, servíndolle ao psiquiatra para definir mellor os síntomas. O mesmo fai o curandeiro, só que dende distincións, como veremos, diferentes ás do médico. O psicólogo atopa na conduta ou nas habilidades cognitivas, a explicación e solución ante o problema. O antropólogo descubrirá como se constrúe o sentido da enfermidade no interior da súa cultura, nun todo cultural no que cada elemento, incluída a escorregadiza enfermidade mental, intégrase. O sociólogo clásico busca datos da clase social, o xénero, a idade, etc. dos sinalados socialmente como enfermos mentais; os cruzar entre si e describe os elementos sociais comúns en casos parecidos. Describirá así a estrutura social na que a EMG se integra.

Calquera destas perspectivas conta *só* parcialmente a complexa experiencia da EMG no exemplo proposto. Psiquiatra, curandeiro, psicólogo, antropólogo ou sociólogo, cada un por separado e en aparente illamento, definen a verdade da EM. Sen embargo, tódalas “versións” conviven na sociedade sen estar illadas e sen contradicirse entre si. Esta tese doutoral busca ir máis alá das explicación dadas ata agora. A complexidade está en que na sociedade galega conviven todas estas respostas, todas estas definicións da EM. A nosa pregunta sociolóxica non pode ser polo tanto: ¿que é a EM? Non se trata de descubrir cal das explicacións é a verdadeira. Como se verá todas elas *funcionan* perfectamente no intercambio social de expectativas. Estas preguntas encerran, como xustificaremos máis adiante, unha opción ética, social no fondo.

Unha ilustración desta convivencia simultánea de dúas teorías opostas axudaranos a comprender a especificidade do problema abordado nesta investigación. Por un lado temos a negación da existencia da enfermidade mental, no outro a defensa da súa realidade biolóxico cerebral ou xenética. No noso exemplo representados pola nai que defende a existencia dun trastorno orgánico, e polo seu fillo, quen inicialmente nega a existencia dunha EM. Ámbalas dúas teorías contan con defensores acérrimos na actualidade. É doado atopar bibliografía onde se negue a existencia da enfermidade mental, ou achar libros onde se identifique, como un feito cientificamente demostrado, a súa presenza no cerebro e nos xenes². Unha cita dos informes que a Igrexa da *Cienciología* difunde³ sobre a psiquiatría vai servinos como exemplo da negación da enfermidade mental. Fronte á defensa da psiquiatría como ciencia médica

2 Faremos uso dos dous tipos de bibliografía ao longo da tese. Os exemplos nesta introdución atoparan máis adiante os seus expoñentes en Galicia máis adiante

3 <http://www.ccdh.es/> Publican en varios idiomas informes do que denominan *Comisión Ciudadá dos Dereitos Humanos*. A maioría son sobre asuntos relacionados coa enfermidade mental. Non entramos aquí a opinar sobre o valor desta Igrexa. Citámola pola súa ampla difusión xeográfica e a facilidade de acceder ás súas opinións.

que estuda un trastorno biolóxico, a *Cienciología* resume en cinco claras teses a súa visión da psiquiatría:

*"1. Os "trastornos" psiquiátricos non son enfermidades médicas. 2. Os psiquiatras tratan exclusivamente "trastornos" mentais, non enfermidades cunha existencia probada. 3. A psiquiatría nunca estableceu a causa de ningún "trastorno mental". 4. A teoría de que os trastornos mentais orixínanse debido a un "desequilibrio químico" no cerebro é unha opinión non comprobada, non é un feito. 5. O cerebro non é a causa real dos problemas da vida"*⁴.

Para a *Cienciología* a Enfermidade Mental non é algo médico. É, quizais un problema vital, persoal ou social que atender coa relixión.

No outro extremo, en clara contradición co anterior, imos facer uso dunha obra da psiquiatra Norteamérica Nancy C. Andreasen (2001): *Brave New Brain. Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*⁵. Neste libro gábanse os éxitos da xenética e as neurociencias. O título revela o súa posición: a enfermidade mental é un "fallo" dun cerebro "roto" e dunha mente con problemas. A EM é un erro cerebral, un fallo nun individuo cunha historia e experiencias únicas, pero con compoñentes xenéticos aínda por delimitar pola investigación. Esta libro de divulgación debuxa os campos onde a investigación psiquiátrica debe traballar máis para chegar á súa esperanzadora meta: atopar as bases *reais*, biolóxicas, xenéticas e / ou cerebrais da EM.

Estes dous exemplos son expoñentes só dunha pequena parte da complexidade teórica do tema da EMG. As dúas posturas expostas teñen o seu claro correlato, como veremos, en comportamentos sociais. Por un lado, ante unha EM, no noso exemplo o fillo da familia, a nosa sociedade nega a existencia da Enfermidade Mental. A *Cienciología* é só un exemplo desta forma de comunicar esta opción. Veremos moitos máis nesta liña ao longo da tese. No noso exemplo anterior o propio "EM" elixía esa opción. Pero ao mesmo tempo, tamén na nosa sociedade, esperase constantemente a curación da "EM" cunha pílula milagrosa. A nai ou o pai do exemplo camiñan á busca desta solución. Un, usando unha terapia propia da medicina popular; a outra, aliándose coa biomedicina occidental e a psiquiatría.

Os dous exemplos nos levan a unha afirmación que constataremos ao longo da nosa investigación. Ao longo do tempo demostrouse só unha verdade: *ningún* dos intentos de universalizar unha perspectiva única da EM tivo éxito. A tese defendida nesta investigación é que cada un deles xurdiu no interior dun sistema social, e evolucionou nel para permanecer rodeado dos intentos preexistentes.

Isto implica unha gran dificultade na investigación. Porque pretendemos respectar esa complexidade e describila. Non existe un só manual, monografía ou ensaio sobre enfermidade mental que exprese unha perspectiva unificada. Habería que dicilo xusto ao revés, de forma paradoxal. Cada manual, monografía ou ensaio expresa *a verdadeira e última perspectiva*. Déronse *tantos* intentos de unificar as perspectivas

4 Comisión de Ciudadanos por los Derechos Humanos 2004: "Pseudo Ciencia. Los diagnósticos falsos de la psiquiatría. Informes e recomendaciones sobre el fraude sin ciencia perpetrada por la psiquiatría". www.ccdh.es: 1-32. Páxina 2.

5 O título é unha "cita" dun verso de Shakespeare de *The Tempest* no que Miranda, un personaxe da obra, di "Brave New World" tras ver por primeira vez outros humanos diferentes do seu pai Prospero, pois criárase na soidade co seu pai (Andreasen 2001: 4). Co verso Miranda anuncia a súa fascinación ao descubrir outros seres humanos; é a admiración inicial polo que lle queda por descubrir e o recoñecemento da súa ignorancia. Como, insinúa a autora do libro, o que queda por descubrir no cerebro e a xenética sobre a EMG.

sobre a loucura *como* fracasos. Cada novo intento de delimitar as familias ou teorías posibles leva consigo respostas no mesmo sentido das diferentes escolas. Mesmo a terminoloxía usada difire infinitamente. Cada escola fala de loucura, enfermidade mental, desorde mental, trastorno cultural, estrees social ou un longo etcétera para definilo que na comunicación social parece ser claro: quen é un enfermo mental ou un tolo. Na psiquiatría, a socioloxía, a psicoloxía, a psicanálise, a antropoloxía e outras ciencias ou disciplinas o acordo parece ser imposible⁶.

Neste sentido, no seu libro *Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology* (1989) a socióloga alemá Uta Gerhardt dános unha pista que imos seguir nesta tese. Gerhardt afirma: “A sociedade máis que a socioloxía parece dirixir o interese daqueles que examinan a enfermidade cunha perspectiva sociolóxica”⁷. Aplicado a Enfermidade Mental Grave, Gerhardt afirmaría que *é a sociedade* quen fala por boca do sociólogo cando este fai ciencia da sociedade. A complexidade da sociedade actual impide á ciencia que a estuda, a socioloxía médica, adoptar unha perspectiva o suficientemente complexa.

Nesta tese non imos *solucionar* a complexidade ou dificultades da socioloxía da enfermidade mental. Non imos dicir o que a enfermidade mental é. Non é un intento, e o seu fracaso asegurado, na delimitación sociolóxica da enfermidade mental. Imos aceptar a afirmación de Gerhardt e definir a nosa perspectiva. Pero farémolo introducíndonos dende o inicio como elementos sociais da nosa propia observación. Farémolo da man da socioloxía de Niklas Luhmann.

Demostraremos que a socioloxía de Luhmann aplicada aos nosos datos sobre a Enfermidade Mental Grave en Galicia ofrece, valla a redundancia, unha *mirada complexa sobre a complexidade social*. Faino como veremos ao respectar a esfera individual do enfermo mental sen diminuír a observación dos fenómenos sociais complexos que a conforman. Para a observación da EMG en Galicia esta tese parte pois de dúas asuncións⁸. Primeiro, asumimos Galicia como un elemento *máis* da sociedade *complexa* contemporánea *global*. En segundo lugar, consideramos, como apuntabamos hai un momento, a socioloxía de sistemas do alemán Niklas Luhmann como a ferramenta adecuada para ofrecer unha análise da EMG na Galicia contemporánea, e así quedará plenamente xustificado máis adiante. Esta socioloxía constrúese sobre a imposibilidade por definición de mirar á sociedade galega ou a súa cultura dende unha perspectiva privilexiada que a analice ou describa na súa totalidade, como se pretendía antano con ilusión. A sociedade contemporánea non pode ser observada nin dende a alegada especificidade cultural de Galicia, nin dende a unidade administrativa de España, nin considerando veladamente aos EEUU ou outras sociedades “desenvolvidas” como modelos ideais de sociedade xa

⁶ Por suposto esta afirmación non será válida se o lector pertence a unha das perspectivas canónicas que sobre a EMG existen. Se o lector defende unha visión dende, por exemplo, a psicanálise; ou dende a psiquiatría organicista; ou dende unha antipsiquiatría negadora da existencia da loucura na súa versión máis radical; en calquera destes casos o lector “sabe” a verdade sobre a EMG. A realidade da EMG é entón evidente para el, e a “paradoxal” afirmación anterior é unha demostración da “ignorancia” deste o seu autor. Pero é na complexidade onde ten sentido entender a inabarcable cantidade de teorías e autores dende a que a se ten investigado sobre a EMG. Esta disparidade parece facer imposible o consenso entre tanta teoría contraposta. Esta variedade de teorías só se describe cunha frase paradoxal: *o consenso sobre a EMG parece estar pois na ausencia de consenso*. Esta afirmación describe un feito, non leva consigo, como veremos, nin só unha crítica, nin unha nostalxia oculta.

⁷ Gerhardt 1989: 354. Optamos por traducir tódalas citas ao galego para facilitala lectura. Tódalas traducións, salvo que se indique o contrario son do autor desta tese. Cando por razóns de claridade o requira a cita, como neste caso, incluiremos a versión orixinal en nota ao pé da páxina. “That society rather than sociology, to a considerable extent, appears to direct the interest of those who look at illness sociologically”

⁸ Todas estas afirmacións iranse xustificando ao longo do desenvolvemento desta investigación ao fío dos datos.

avanzada; cara ao que Galicia tendería. Ningunha destas perspectivas pode adoptarse para describir a complexidade social global do presente. Tampouco é isto posible dende o reclamo simbólico da ciencia. Nin a Socioloxía clásica, nin a Antropoloxía ofrecen descriucións *completas*, como veremos, dos fenómenos sociais contemporáneos. Se o fan é simplificando a complexidade social para contribuír *na comunicación* do sistema social. Esa é o seu labor, e facerse así cun oco no sistema social dende o que se fundamentan. Encontrando así un lugar no mundo académico universitario, ou no sistema político, ou no sistema sanitario.

Outra tendencia típica nos estudos sobre a EM tampouco será o *leiv motiv* da nosa investigación. Non podemos centrar unha investigación sociolóxica sobre a EM en Galicia no “escándalo” que supón a EM, ou na denuncia dos erros do sistema para o seu tratamento ou atención. Erros, escándalos e denuncias forman partes dos *medios* usados por outros sistemas sociais, no pola socioloxía. Neste sentido, vou *narrar* a continuación unha experiencia persoal en primeira persoa para ilustrar o uso do escándalo como modelo de observación da EM.

En xullo de 2005 tiven a oportunidade de visitar un centro penitenciario psiquiátrico en Townsville, Australia. Grazas a unha casualidade compartía casa cunha traballadora desta cárcere-hospital. Logrei poñerme de acordo con ela para facer unha visita ao seu centro de traballo. Tras un par de chamadas telefónicas o supervisor do centro autorizou a visita. Ao chegar á institución de alta seguridade obrigáronme a desprenderme de tódolos dispositivos electrónicos que levaba. Nin a gravadora, nin a cámara dixital, nin sequera o móbil, estaban permitidos nas inmediateiros da institución. Uns minutos antes o miña acompañante prohibírame sacar fotos do exterior do edificio. Tódolos meus dispositivos eléctricos se viron substituídos por un pequeno interruptor portátil. Debía levalo na man, contiña un botón vermello. “O botón do pánico”, chamáronlle. Se en calquera momento sufría un asalto ou unha situación de perigo, debía apertalo. Todo o mundo acudiría inmediatamente ao lugar onde me atopase no meu auxilio; ao mesmo tempo que se pechaban tódalas portas de saída. Tiven que entregar tamén o meu pasaporte e a miña carteira; pasar por varios detectores de metal, sufrir un cacheo e un aparato para detectar metal nos zapatos.

Unha vez superadas estas primeiras barreiras pasamos por varios corredores estreitos en forma de eles concéntricas. Unha cámara á que o supervisor miraba abríanos as sucesivas portas. Antes de chegar á última, o supervisor que me acaban de presentar, indicoume que non nos separásemos del; non eran perigosos, afirmou, pero posto que non me coñecían e ía connosco unha muller, estaríamos así “máis seguros”. O complexo contaba con 21 pacientes presos de perigosidade media e 10 de alta perigosidade. Había cinco enfermeiras en quendas sucesivas e un supervisor de enfermaría que era quen nos acompañaba. Tanto este enfermeiro como o único psiquiatra a cargo da unidade eran de orixe británica. Na sala na que acababamos de entrar estaban os 21 pacientes presos de perigosidade media. Era un espazo cadrado, organizado en torno a un patio axardinado no centro. Ao seu arredor estaban os cuartos individuais dos internos, cunhas gaiolas aberta ao exterior para fumar onde moitos pasaban, indicáronme, as noites de calor. Tiñan ximnasio e unha sala de curas para a administración da

medicación. Cada unha destas dependencias tiña chaves electrónicas e cámaras de vixilancia. Os cuartos dos dez internos de alta perigosidade eran paralelos a estas instalacións, pero non estaba permitido visitalas.

Os internos eran nun noventa por cento aborixes australianos que cometeran delitos violentos (asasinatos, homicidios, furtos con agresión, e delitos asociados ao alcoholismo e as politoxicómanas). Tiñan ademais un diagnóstico de enfermidade mental grave, ben como eximente nos seus xuízos, ou outorgado tras o seu ingreso no sistema. O diagnóstico maioritario era o de esquizofrenia, cunha ampla problemática asociada de alcoholismo e drogodependencias. En Australia había, informáronme, varios cárceres hospital como esta, onde se agrupaban os presos pola proximidade aos seus lugares de residencia. Ademais dos dispositivos sinalados, este cárcere hospital estaba ao lado dun hospital psiquiátrico máis amplo, coa que compartía os seus recursos. Neste hospital había un centro de día, centros de rehabilitación, traballadores sociais que xestionaban pisos e casas tuteladas, e unha ampla rede de dispositivos “intermedios” para traballar coa EMG.

Este cárcere hospital contaba con tódolos medios humanos e materiais para o correcto tratamento dos EMG alí ingresados. A linguaxe coa que falaban o supervisor e a enfermeira aos internos-presos durante o noso percorrido era amable, tranquila e servizal. Contrastaba coa seguridade extrema na que nos íamos movendo de sala en sala, mentres nos pedían cigarros, preguntábanos reiterativamente se eramos un familiar de visita ou se podíamos sacalos de alí. A atmosfera do lugar era “perfecta”: limpa, cálida e aparentemente amigable. Construída segundo as mellores intencións e cos medios técnicos máis modernos.

Esta visita poderíase narrar baseándose no escándalo, construíndo un titular xornalístico sobre, digamos, a grande cantidade de aborixes encarcerados en Australia, ou por exemplo, outro argumento co que construír unha “noticia xornalística”, podería ser, a aglomeración ou sobre poboación nos cárceres de EMG. Repetindo así o mesmo escándalo que tantas veces aparece na prensa sobre as institucións encargadas de xestionar a loucura no mundo. *Interviú*⁹ publicou en España unha reportaxe nun número de 2008 sobre a sobrepoboación dos cárceres psiquiátricos en España. A revista *Triunfo*, nos anos setenta, publicou artigos similares¹⁰.

O escándalo é o *medio* dende o que se observa a miúdo a enfermidade mental na nosa sociedade. A pregunta sociolóxica, aquí en Galicia e alí en Australia, non é tanto se a sociedade ten cura para a EMG, é dicir, se se pode construír un tratamento ideal, perfecto, da EM nunha institución ou rede de institucións segundo os mellores canons. Tampouco é traballo da socioloxía só denunciar un mal funcionamento do sistema, asumindo a expectativa negada nunha cura mal aplicada. Non, neste asunto, como veremos, a pregunta sociolóxica é máis ben: *¿Que función social cumpre esta permanente repetición do escándalo ante a enfermidade mental e o seu tratamento?* Como viamos cada unha das teorías antes aludidas achegaban a expectativa de ter xa a solución. E é que a solución, as solucións,

⁹ Novembro 2008.

¹⁰ Véxase máis adiante nesta tese (ou www.triunfo.com).

describíronse unha e outra vez ao longo da historia da psiquiatría, a antropoloxía e a socioloxía. A “solución” tena a nai, o pai, a tía e o propio “enfermo” no noso exemplo imaxinario. E non obstante “o problema” persiste. O problema perdura ao longo do tempo.

Esta tese non define a EMG na súa realidade ontolóxica, nin como viamos denuncia o escándalo do seu tratamento en Galicia e así xerar así a *expectativa* de ter a súa solución definitiva. Ambos os dous supostos son bastantes comúns, como apuntabamos, e baséanse noutra asunción acrítica máis na que agora nos detemos. A asunción de que a EMG foi sempre o mesmo. Cada unha das posibles respostas, e por iso os seus tratamentos, levan consigo esta presunción: a EMG non ten historia. É e foi sempre a mesma cousa. A nosa investigación parte xusto da afirmación contraria. Como se xustificará máis adiante, a evolución, a historia, o cambio e o tempo son elementos constitutivos da complexa rede na que se comunica en Galicia a EMG.

A pregunta á que si responde esta tese é polo tanto a seguinte: *¿Como se constrúe e vive hoxe en complexidade a EMG en Galicia?* Pero responderemos incluíndo elementos diacrónicos. Por iso debemos reformulala: *¿Como se construíu e se constrúe hoxe en complexidade a EMG en Galicia?*

Detengámonos un momento na importancia do elemento diacrónico. Como quedará claro ao expoñer a socioloxía de Luhmann, só é posible describir socioloxicamente a EMG incluíndo o elemento tempo e a evolución en tódolos aspectos da nosa investigación. No exemplo que vimos utilizando, unha das claves, xa sinalada, é a complexidade e disparidade de visións do problema que conviven no núcleo familiar. Pero un segundo asunto esencial é a súa evolución, e a co-evolución dos sistemas sociais que son o contexto (o entorno) desa unidade familiar. Non será polo tanto o mesmo a nosa familia se falamos dun caso de EMG durante a ditadura franquista, que se nos referimos a un exemplo contemporáneo. Pero é que neste segundo caso, é necesario comprender a evolución histórica dos sistemas sociais anteriores e a propia evolución das biografías dos implicados para describir *en complexidade* a rede na que se comunica a EMG. Esa descrición é o verdadeiro obxectivo da nosa tese. Dalgún xeito trátase de capacitar o lector desta investigación para comprendela complexa rede na que a EMG se comunica ao longo do tempo.

O tempo e o diacrónico priorízanse nesta investigación en dous sentidos. Nun primeiro sentido o tempo é esencial nesta tese na súa connotación histórica. Fixemos un esforzo por describilo desenvolvemento do sistema médico e do sistema ciencia na sociedade contemporánea. Para ao mesmo tempo contextualizar ámbolos dous sistemas en Galicia dende o século XIX ata a actualidade.

Nun segundo sentido damos unha prioridade ao tempo nun acepción máis individual e biográfica. Os nosos datos recolléronse así en forma de entrevistas biográficas. Recollemos biografías de persoas relacionadas coa EMG divididas en tres grupos: (1) persoas diagnosticadas cunha EMG; (2) familiares ou amigos dunha persoa diagnosticada cunha EMG; e finalmente, (3) profesionais de distintas índole encargados da xestión socio-médica das persoas cun diagnóstico de EMG (médicos, coidadores, voluntarios, asistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, etc).

Para obter os nosos datos centrámonos en tres institucións: dúas Unidades de Saúde Mental (USM) e unha asociación de EMG. As dúas USM atópanse en dúas capitais urbanas galegas, traballando unha

delas ao mesmo tempo en tres núcleos rurais. En 1992 o autor desta tese participou como observador nestas unidades durante seis meses, recollendo datos e facendo entrevistas. A terceira institución observada é unha asociación de Familiares e Enfermos Mentais nunha vila galega costeira: a asociación Pérgola¹¹. Dende setembro de 2005 colaborei activamente na vida da asociación. Primeiro, impartindo un taller de aprendizaxe de inglés aos usuarios da asociación. E segundo lugar, durante os períodos estivais asistín e participei nas actividades diarias da asociación. Este traballo permitiu establecer un vínculo con tódolos participantes na vida diaria da asociación, así como coñecer o seu funcionamento interno. Ademais realizáronse entrevistas aos membros dos tres colectivos: familiares, usuarios e traballadores da asociación; tanto nas súas casas, coma en locais da asociación ou lugares públicos. O fío condutor foi en cada entrevista dobre, por un lado a biografía do entrevistado, e por outro, a evolución da vivencia coa EMG. Tamén realizáronse entrevistas a persoas relacionadas indirectamente con Pérgola: informáticos do SERGAS, presidentes e usuarios doutras asociacións, traballadores, psiquiatras doutros servizos, ata un total de 44 entrevistas.

Esta investigación ten polo tanto dúas partes ben delimitadas. A primeira (os tres primeiros capítulos) centrada en aspectos máis teóricos e metodolóxicos, e a segunda é unha aplicación da teoría na descrición da complexidade da comunicación da EM en Galicia segundo os datos recollidos (ata o capítulo 11 da segunda parte). Rematamos esta introdución cun breve resumo das dúas partes.

Nunha primeira parte describimos a perspectiva teórica dende a que observamos a complexa rede de relacións sociais nas que se desenvolve a carreira de cada EMG en Galicia. A socioloxía do alemán Niklas Luhmann permítenos deseñar un modelo de observación onde esa complexidade non se converte nunha realidade ontolóxica. Como veremos, cando unha comunicación sobre a EMG convertese nunha realidade, digamos psiquiátrica, o que realmente sucede é sempre un proceso social, un intercambio de expectativas para manter un sistema social. E non dende logo, unicamente a afirmación dunha realidade física incuestionable. En consecuencia a primeira parte coa que comeza esta tese describe os fundamentos conceptuais da socioloxía dos sistemas complexos de Luhmann. Esta exposición teórica conclúe con vinte e cinco teses. Destas teses extraíse unha serie de consecuencias metodolóxicas. Sobre estas últimas irase construíndo o resto da nosa investigación.

Este primeiro grande apartado da tese ten tres capítulos. Tras as teses sobre Luhmann faise un percorrido pola historia de tres ciencias relacionadas coa EMG. Primeiro a medicina, o segundo capítulo desta tese analiza a *semántica* da EMG. Nel descríbese o “paquete” complexo de conceptos, distincións e imaxinarios sociais do sistema social da medicina. Esta descrición faise seguindo, coherente co que apuntabamos, un fío histórico. O capítulo remata cun resumo das distincións, conceptos e imaxinarios sociais que este sistema achega á comunicación social da EMG no sistema sociedade contemporáneo.

O capítulo tres analiza a *semántica* da EMG na historia das ciencias sociais. Primeiro na antropoloxía e despois na socioloxía; en ámbolos dous casos descríbense os conceptos, distincións e imaxinarios

¹¹ Nome ficticio.

sociais principais dende os que estas dúas ciencias sociais observan a EM. Trátase polo tanto de comprender as distincións dende as que se observa a EM na ciencia da sociedade. O capítulo péchase cun resumo da semántica onde o sentido é comunicado nunha socioloxía da EM en clave luhmaniana.

Nestes últimos capítulos aludidos faise un percorrido histórico pola semántica e os imaxinarios sociais de dous sistemas sociais. O sistema médico e a psiquiatría primeiro, e o sistema ciencia despois, coa antropoloxía e a socioloxía como especialidades da ciencia da sociedade. O noso primeiro paso é pois edificar a nosa teoría sociolóxica, diferenciándonos de perspectivas sociais simplificadoras dunha complexidade social crecente.

A segunda parte desta tese é a investigación na que aplicamos este marco teórico á EMG en Galicia. Preténdese capacitar o lector para observar a complexidade sen prexulgar ningunha das perspectivas que historicamente se foron perfilando. Os dous primeiros capítulos (Capítulos 4 e 5) desta segunda parte describen Galicia dende unha perspectiva político territorial primeiro. Así comprenderemos a rede complexa de administracións que alimentan as institucións encargadas de xestionar a EMG dende o século XIX. Un segundo capítulo (capítulo 5) describe precisamente o estado legal da asistencia na súa evolución da Beneficencia ata o ano 1992. O seguinte capítulo (o 6) céntrase entón en dúas Unidades de Saúde Mental en dous capitais galegas observadas nos anos 90. O capítulo 7 céntrase na Asociación de Familiares e Enfermos mentais Pégola na que se recolleron datos durante os últimos 3 anos desde o 2005. Tras esta descrición o noso percorrido describe as carreiras biográficas en contacto coa EMG dos tres grupos xa sinalados: familiares (capítulo 8), xestores (capítulo 9) e enfermos mentais (capítulo 10) en Galicia. Rematamos cun capítulo centrado nunha soa entrevista: un informático do SERGAS nos relatara as dificultades de implantar a Historia Clínica Dixital en toda a complexa rede pública de institucións xestionadoras da EMG.

Esta investigación remata cunhas conclusións. Nelas constamos a relevancia das afirmacións vertidas nesta introdución para describir a complexidade da orde social na que se comunica a Enfermidade Mental Grave en Galicia. Tras elas incluímos uns apéndice que serán de gran axuda para a comprensión das afirmacións que iremos facendo nesta investigación. Neles encontrárase un listado completo de tódolos datos usados na investigación (perfiles biográficos dos entrevistados). A tese remata con: (1) un glosario da terminoloxía técnica luhmaniana; (2) outro glosario coas distincións básicas sinaladas na semántica da psiquiatría, antropoloxía e socioloxía; e finalmente un (3) un índice de conceptos e nomes utilizados, e (4) índices de táboas e ilustracións; e por suposto (5) unha lista da bibliografía utilizada durante os anos desta investigación.

Primeira Parte: Socioloxía médica da EMG.

Capítulo 1. A Socioloxía de Niklas Luhmann (1927-1988)¹².

A lóxica da forma de Spencer-Brown.

No seu libro, *Laws of form* (1969), o matemático británico George Spencer-Brown (1923-) sinta as bases lóxicas dun xiro epistemolóxico revolucionario. Spencer-Brown estuda *As leis da forma*¹³. Para el unha forma é unha distinción na que se seleccionou (indicando) un dos seus dous lados. Unha forma é a indicación dun dos lados dunha distinción. Distinguir é establecer unha diferenza entre dúas partes. A forma é a selección (indicación) dun dos dous lados. Ao distinguir situámonos no lado marcado e observamos dende el. Un médico diferencia no seu traballo diario entre “sans” e “enfermos”.

Dende esa distinción sitúase do lado da enfermidade. *Dende ese lado da distinción* observa cada persoa que examina. Ao afirmar “Pepe é

esquizofrénico” utiliza unha distinción, unha forma no sentido de Spencer-Brown. Divide o universo cunha liña imaxinaria, establecendo unha distinción entre dous grupos. Busca a patoloxía e identifica unha doenza *dende a distinción*. Toda observación é unha forma, como as observacións do médico.

San

Enfermo

Enfermo



Ilustración2 Observando dende o lado marcado da diferenza: a enfermidade

Ilustración1 "Faga unha distinción"

Indicamos o lado da enfermidade para poder falar da saúde. O espazo marcado dende o que observamos permite comprender. Usamos as distincións e as formas sen decatarnos. Spencer-Brown entende que unha vez trazada a distinción e seleccionado

un lado, esquecemos a operación efectuada. Denomina punto cego a esa distinción que xera a forma e permite a observación.

Unha vez establecida unha distinción a forma desenvólvese seguindo leis lóxicas. Spencer-Brown descríbese na súa obra. Aquí non as seguiremos por motivos de brevidade.

Niklas Luhmann aplicou a lóxica da forma de Spencer-Brown á socioloxía¹⁴. Só cando outro observador diferente de min, me observa, observando, podo eu comprender a observación. É dicir, o home é un animal social porque non pode comprenderse sen outro ser humano observándoo. Calquera

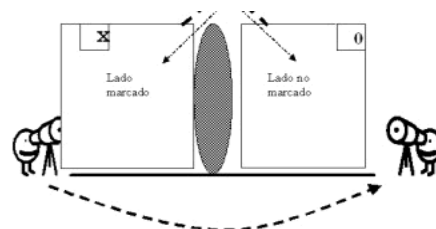


Ilustración3 Unha forma segundo Spencer- BrownTomada. Pintos 2005.

¹²Ao citar por primeira vez un autor indicaremos as datas do seu nacemento e morte. Luhmann sinala, e asumímolo nesta tese, a importancia do factor tempo na creación do sistema sociedade planetario contemporáneo. Os autores e as súas ideas son parte de esa evolución, por iso situámonos temporalmente cada achega teórica analizada.

¹³Os conceptos que usa Spencer-Brown, teñen un significado *técnico*, non o significado habitual. Para a súa comprensión é conveniente ter paciencia e esperar ao final da explicación. Os conceptos fundamentais usados nesta tese serán subliñados para indicar a súa inclusión no glosario que se pode consultar ao final.

¹⁴Toda a obra de Luhmann apunta nesta dirección, pero a serie: *Soziologische Aufklärung 1-6 1976-1990* céntrase especificamente na análise das diferenzas con outras teorías sociolóxicas.

observación é unha construción, da que nos esquecemos. A sociedade constrúese sobre observacións de observacións en situacións cada vez máis complexas na evolución da sociedade.

¿Que consecuencias ten este cálculo a nivel epistemolóxico? As derivacións son radicais. Non é posible observar o mundo sen unha distinción. Por definición esa mesma distinción é inobservable. Trátase dun relativismo radical, sen nostalxias metafísicas nin utópicas. A consecuencia é a necesidade de abandonar toda ontoloxía. *Non falamos de cousas ou entes, senón de formas e observacións.* Necesitamos outro observador que observe a nosa distinción para indicárnola. *Só en sociedade nos observan observando.* É o os sistemas sociais onde xeralízanse as observacións de segundo orde.

A teoría xeral de sistemas de Niklas Luhmann.

A ciencia nace en Grecia para a comprensión do ser. Cada ontoloxía é unha teoría que mantemos consciente ou inconscientemente sobre a realidade. Segundo Luhmann a socioloxía nace para romper con esa concepción. Introduce a sospeita sobre a realidade, ao buscar segundas intencións. A socioloxía atribuíu funcións causais sociolóxicas a elementos que se foron historicamente illando. O económico, o psicolóxico, o sexual, etc. se illaron e pasaron a ser a clave explicativa dos fenómenos sociais. O social pasou a ser na socioloxía o cambiante. Na socioloxía fálase non dun *ser* permanente, pois o social pode sempre ser doutro xeito. Se non é unha rocha ontolóxica e é froito das relacións sociais, cambia. O social é continxente, non é ontolóxicamente permanente.

A socioloxía nace *para dar conta desa continxencia* que na sociedade complexa moderna viuse multiplicada. Por iso a capacidade explicativa da socioloxía viuse minguada. A teoría de sistemas de Luhmann é a reposta a esa dificultade da socioloxía.

"A socioloxía atópase nunha crise de carácter teórico.... non existe unha descrición teórica, coherente, do estado dos problemas da sociedade contemporánea"¹⁵.

O problema está na propia sociedade, non na falta de intelixencia dos sociólogos. A sociedade actual xa non pode auto describirse dende os fundamentos ontolóxicos que naceron cando a sociedade era diferente. ¿Por que? *Porque a complexidade social actual esixe unha nova descrición, unha descrición non baseada nos supostos da ontoloxía.* Unha definición *cibernética* de sistema fronte ao seu contorno é a solución á crise.

Sistema / contorno.

Hai dous antecedentes ontolóxicos do concepto de sistema: os organismos vivos e as máquinas. Un organismo vivo ten órganos internos que o compoñen. Os organismos vivos organizan o seu funcionamento na articulación dos seus órganos. Unha máquina ten as súas pezas. Ámbolos dous conceptos, segundo Luhmann, non serven para describir a sociedade moderna, e aínda así foron

¹⁵Luhmann 1996a: 27. Dentro da socioloxía só o funcionalismo estrutural de Parsons (a súa teoría da acción) parécenlle a Luhmann o único en ofrecer algo de luz. A teoría de Parsons parte da existencia de estruturas nos sistemas sociais: a socioloxía explicálas funcións existentes para o seu mantemento. Non obstante Parsons non se cuestionaba a función da propia estrutura. Ten ademais dificultades para explicar a historia, o cambio e a desviación social. Se Parsons tamén falla: "non existe unha descrición teórica coherente sobre o estado de problemas da sociedade contemporánea". Luhmann cuestiónase entón tamén a socioloxía clásica. As poucas luces sobre a sociedade actual atopáras en campos externos á socioloxía.

utilizados polos sociólogos unha e outra vez¹⁶. Co concepto de sistema da cibernética si pode construírse *un concepto de sistema non ontolóxico*¹⁷.

Só dende a cibernética se pode falar de sistema *ao diferencialo* nun medio cambiante¹⁸. Un sistema defínese *pola súa diferenza* co contorno cambiante. Os sistemas *son o que son baseándose no que non son*: o seu contorno. *O sistema é a diferenza sistema / contorno*. Esta teoría *é da diferenza*. Un sistema diferénciase do entorno ao comezar a operar, ao iniciar o seu funcionamento. A súa operación é a base da súa construción. Cada sistema necesita elementos do seu contorno para operar, pero funciona con eles dende o interior do propio sistema. A operación reproduce un novo elemento cos elementos do propio sistema.

“O punto de partida consiste en que o mundo, como infinitude inobservable, é cortado por unha liña divisoria: dun lado atópase o sistema e o outro debe ser considerado como o seu contorno”¹⁹.

Un sistema é un conxunto de elementos relacionados por unha operación que diferenza ao sistema do contorno²⁰. É máis que a suma dos seus elementos. No seu interior debemos diferenciar entre a súa composición (os seus elementos) e a súa estrutura (o conxunto das relacións entre eles). O seu contorno é todo o que queda fóra que afecta ou vese afectado por el.

“O contorno é o conxunto de posibilidades ao que pode acceder un sistema para efectuar, sobre este, todo un conxunto de seleccións que sexan significativas”²¹.

Os sistemas que lle interesan a Luhmann son autorreferentes. Coa súa operación o sistema se auto mantén na diferenza co seu contorno. Son tamén autopoiéticos, é dicir, fanse a si mesmos ao facerse²². Son sistemas referidos a si mesmos coas súas operacións constitutivas. Luhmann denomina a este trazo dos sistemas clausura operativa, porque o sistema depende das súas producións anteriores para poder seguir operando, sendo as últimas o presuposto das operacións subseguintes. Non funcionan se saen da súa operación, atópanse polo tanto pechados sobre si mesmos.

Os sistemas operan diferenciándose do contorno repetindo *recursivamente* a súa operación. Un sistema nace ao operar repetidamente e diferenciarse do contorno. Ao facelo atópase co contorno que lle irrita, o interrompe e fai perigar a súa operación. Luhmann ve nisto a clave da evolución permanente *dos sistemas*. Un sistema mediante a súa operación sería sempre igual, pero ao ser a súa diferenza co entorno está irremediabilmente encamiñado a cambiar, *a evolucionar precisamente polo que é*. E é aquí onde nace a complexidade.

16Véxase: Luhmann *Soziologische Aufklärung* 1-6 1976-1990

17 Luhmann utiliza unha ampla variedade de referencias á cibernética de sistemas complexos, especialmente ás obras de: Ross Ashby 1965, 1965; Foester 1991, 1997; Wiener 1995.

18Luhmann 1973 (1970): 67-8.

19Luhmann 1991 (1984): 15.

20Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 147 e ss.

21Izuzquiza 1990: 159.

22 Luhmann toma esta característica dunha parella de biólogos chilenos: Maturana (1928-) e Varela (1946-2001). Maturana (Maturana 1995; Varela 1990, 1997) describe como os sistemas vivos organizanse internamente ao auto organizarse. Teñen a capacidade de producir e reproducir por se mesmos todos os elementos que os constitúen. Definen por si mesmos a súa unidade en dependencia / independencia co seu contorno. Dependen do contorno pero procesan a súa operación de auto creación coma se fosen independentes. Cada célula é produto de si mesma, non dunha acción exterior. Cada cadea de ADN replícase a si mesma seguindo un proceso predefinido. A réplica recursiva con ordes en forma de ácidos e proteínas, é autoreferencial e autopoiética. É a propia cadea de ADN a que xera o ámbito sobre o que se vai replicar: faise a si mesma facéndose. O programa xenético esixe repetición idéntica, recursividade en sentido pleno. Se non hai erros, que sempre aparecen, como veremos, dado lugar a mutacións, a cadea replícase e na evolución posterior dá lugar a unha cadea idéntica.

A complexidade significa que un dos elementos dun sistema non pode estar en relación con todos e cada un dos restantes elementos do mesmo sistema²³. Un sistema é complexo cando é imposible ter unha imaxe clara, interna ao sistema, do propio sistema. A sociedade moderna é complexa porque non pode auto describirse, é dicir, é incapaz de ofrecerse unha imaxe de si mesma debido á súa complexidade. Un psiquiatra, por moderno que se considere, non pode estar ao día en tódalas investigacións que se están a levar a cabo a nivel planetario. *Nun sistema complexo sempre existen máis posibilidades que a seleccionada en cada caso*, os sistemas sociais viven dese tipo de complexidade. En palabras de Luhmann complexo designa:

“aquela suma de elementos que en razón dunha limitación inmanente da capacidade de enlace do sistema, xa non resulta posible que cada elemento quede vinculado en todo momento”²⁴.

Os sistemas complexos obrigan a elección. O contorno dun sistema é sempre máis complexo que o propio sistema. Os sistemas xorden como formas de simplificar, de *reducir*, de pechar, a complexidade do contorno. A redución da complexidade é polo tanto a través da selección entre posibles opcións²⁵.

Tipos de sistemas: os sistemas vivos, os psíquicos e os sociais.

A diferenza entre os tres tipos de sistemas está no seu nivel de complexidade. Ao aumentar esta uns sistemas convértanse en entornos dos outros²⁶. Luhmann sinala tres tipos de sistemas cos trazos sinalados.

Os sistemas vivos organizan elementos químicos e inorgánicos con operacións químicas para

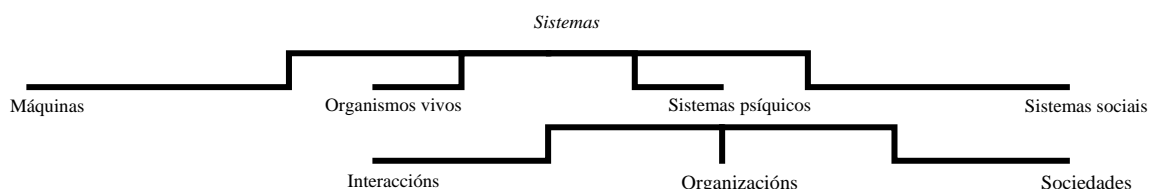


Ilustración4 Tipos sistemas segundo Luhmann, adaptado de Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 152.

conservar a vida. Teñen como contorno a materia inorgánica, dela dependen e grazas a ela evolucionan²⁷. A vida orgánica emerxe de elementos non orgánicos.

Os sistemas psíquicos, conciencias ou individuos humanos teñen aos sistemas vivos como o seu contorno. A sociedade non está composta por homes²⁸. O seu concepto de sistema psíquico afirma a

²³Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 43.

²⁴Luhmann 1996 (1992): 137.

²⁵ Na sociedade actual o sistema económico reduce a complexidade ao explicalo todo dende as relacións económicas. ¿Significa isto que todo é economía? A resposta só é afirmativa se nos situamos dentro do sistema económico, e aínda nese caso é, só unha forma de reducir a complexidade social das operacións económicas. Pero só un economista, *cego* ante a complexidade social, pode afirmar que todo é economía.

²⁶Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 152.

²⁷ Quizais o mellor exemplo de sistemas vivos sexa a obra clásica de Oparin (1894-1980): *A orixe da vida* (Oparin 1985 (1938)).

²⁸ O concepto de individuo, ser humano ou home foi aplicado aos seres humanos exclusivamente a partir do século XVIII nun dobre proceso: por un lado conceptualizase baixo a semántica da noción de poboación, e por outro, baixo a demanda de que cada individuo atope na sociedade o modo de emanciparse. Foi a teoría do suxeito alienado: o home ten que liberarse a través do dereito, das normas. Esta teoría *supoñía demasiadas cousas*, moitas promesas. A socioloxía é herdeira desta temática e nace no conflito entre individuo e sociedade, estando os homes supostamente illados da natureza e do mundo. A socioloxía naceu porque debía explicar os individuos dentro das sociedades sen perder de vista os seus ideais antropolóxicos, humanistas e sen que todo o que houbese nos individuos fose explicable no campo sociolóxico (Luhmann 1996

liberdade absoluta do home. Os *homes somos só o entorno dos sistemas sociais*. A socioloxía de Luhmann tómake en serio a natureza inconmensurable da individualidade. Explicar a sociedade como acordo entre individuos presupón unha simetría²⁹ inexistente dos estados subxectivos³⁰.

Un sistema psíquico é un sistema autopoietico operacionalmente pechado sobre si mesmo. A operación sobre a que se constitúe é a conciencia, que produce pensamentos (representacións) constitutivos de sentido. Un sistema psíquico está pechado sobre si mesmo pois a conciencia só é observable dende o exterior, só recibe estímulos dende outros sistemas que son o seu contorno (outros sistemas psíquicos en comunicación no sistema social). Os seus pensamentos son cegos, pero dado que pode observarse a si mesmo, ten reflexividade, ao longo da sucesión constitúese sobre a operación pechada do seu auto observación. Só poden abrirse e cambiar a través da comunicación (operación xeradora dos sistemas sociais) e a utilización da linguaxe. *Un sistema psíquico constrúese no conxunto de todas os pensamentos con sentido posibles, sendo a memoria o pensamento recursivo do sistema psíquico*.

Dentro dun sistema psíquico o que pensa a conciencia é só unha selección de tódolos posibles pensamentos. Dada a complexidade, o sistema psíquico autoconstitúese na medida en que se entende a si mesmo como, por exemplo médico, ou nai, ou fillo, ou alumno; fronte a outras posibles seleccións, por exemplo pai, xestor, individuo san ou burócrata. É dicir, un sistema psíquico se pensa como, digamos, psiquiatra porque a súa experiencia vital o leva a seleccionar esa forma de conciencia fronte a outras, permitíndolle o seu auto constitución como tal. A identidade como psiquiatra é un constructo, como veremos, dos sistemas sociais que son o contorno do sistema psíquico. ¿Quere iso dicir, preguntárase Luhmann, que ese sistema psíquico é ontoloxicamente, por esencia, un psiquiatra? A resposta é un rotundo non. A conciencia dese sistema psíquico produce a representación de si mesmo como psiquiatra entre un amplo conxunto de posibilidades; de entre eles selecciónase só unha. Podería pensarse como pai, ou como fillo, ou como amante adúltero, ou como comprador de electrodomésticos.

Un sistema psíquico está pechado sobre si mesmo ao mesmo tempo que aberto a outros, e iso grazas á súa propia operación constitutiva: o pensamento, e a conciencia. Só na medida en que pode verse influenciado por outros sistemas psíquicos, pode entenderse a súa capacidade de manterse a si mesmo, a súa evolución. “A comunicación é totalmente dependente da conciencia e, ao mesmo tempo, algo que a exclúe totalmente, xa que a conciencia nunca é comunicación”³¹ Só no caso da destrución da comunicación os elementos físicos ou de conciencia teñen relevancia. “Non é o home quen pode comunicar; só a comunicación pode comunicar”³².

(1992): 187). Pola contra, a proposta de Luhmann atopase nun lugar privilexiado *para* o “illamento específico do social” (Luhmann 1996 (1992): 187) fronte ás formulacións tradicionais.

29Luhmann argumenta que co concepto de acción social de Parsons supoñíase que detrás da acción debía estar un suxeito humano. Colocábase o concepto de acción ou rol social entre o home individual e a sociedade, pois os dous conceptos implican que é algo individual pero o suficientemente abstracto como para ser atribuíble a conxuntos de individuos. O problema principal para esta teoría é delimitar a acción e os seus efectos. Para iso recorreuse aos conceptos de motivación e necesidades, que deixaban o marco psicolóxico do home aberto e indelimitado. Se lle engadimos a complexidade social actual con constantes procesos de selección implicados, temos o individuo exposto permanentemente a situacións de elección *que a socioloxía non logra explicar*. Este será o problema que ten a socioloxía herdeira de Parsons segundo Luhmann. Veremos as consecuencias para unha socioloxía da medicina máis adiante.

30Luhmann 1996 (1992): 16

31Luhmann 1996 (1992): 205

32Luhmann 1996 (1992): 206

A pregunta é pois: “¿como pode quedar vinculado un individuo con toda unha infinidade psicolóxica e biolóxica da sociedade “?”³³, é dicir, ¿como se vincula un sistema psíquico cos outros sistemas psíquicos? A clave está no concepto luhmaniano de sistema social, o terceiro tipo de sistemas autopoieticos.

Os sistemas sociais fúndanse na operación da comunicación. *A sociedade emerge dos sistemas psíquicos e vivos, pero estes son só o seu contorno*. Queda polo tanto por contestar, dende a teoría de sistemas, á mesma pregunta: ¿Cal é a relación entre sistema psíquico e social? A resposta está no concepto luhmaniano de interpenetración. Os sistemas sociais non poden, como é evidente, pensar; e, por suposto, os homes só poden comunicarse grazas aos sistemas sociais³⁴. Penetración é cando un sistema pon a disposición doutro a súa complexidade, e interpenetración cando esa posta a disposición é mutua de tal xeito que o un posibilita ao outro ao facelo. Iso é o que sucede cos sistemas psíquicos e os sistemas sociais: están interpenetrados. Cada un depende do outro sen poder ver a súa complexidade, a súa desorde, sen poder calculalo. A sociedade presupón os sistemas psíquicos para levar a cabo a súa operación: a comunicación; e o mesmo fan os sistemas psíquicos, presupoñen a comunicación para poder levar a cabo a súa operación: a conciencia. Un sistema dálle ao outro certa estabilidade, ao ofertarlle a súa complexidade como contorno. Pero os dous son respectivamente a diferenza co outro.

Os sistemas sociais: a comunicación.

Os sistemas sociais supoñen os dous sistemas anteriores: os sistemas vivos e os sistemas psíquicos. Os dous son o seu entorno. A existencia dos dous é condición de posibilidade dun sistema social. A operación propia dos sistemas sociais é a comunicación, os sistemas sociais organizan comunicacións auto xerando as súas estruturas e os seus elementos. Son sistemas autoreferenciais e autopoieticos. Só é posible comunicar con sentido se o sistema intercambia información entendible, que so é entendible pola súa repetición nun contexto da dobre continxencia³⁵. Cada sistema é unha especie de caixa negra para o outro, pois un non pode observar os criterios de selección do outro. A conciencia non é directamente observable para un sistema social. A comunicación fundaméntase, pois para Luhmann, necesariamente sobre a *incomunicación*. Pódese incluír a perspectiva do outro pero sen levala a cabo. Isto é precisamente a base da complexidade social. O sistema social nace dela. A reprodución idéntica se rompe e ten lugar a evolución e o cambio social³⁶.

A dobre continxencia é polo tanto “toda situación de acción interactiva onde suponse *que cada un dos participantes na acción é, ao mesmo tempo, axente actuante e obxecto de actuación para si e para outros*”³⁷. Temos que facer algunhas aclaracións antes de continuar adiante. Debemos recordar que Luhmann céntrase no sistema e non nos individuos. É dicir, dende a observación que fai, Luhmann *céntrase no sistema, non nos suxeitos*. Os suxeitos da interacción son: *ego* e *alter*. Os dous sistemas (psíquicos ou sociais) integran entre eles as observacións que o outro realiza. Nun sistema social sempre

³³Luhmann 1996 (1992): 190

³⁴Luhmann 2007 (1997): Prefacio

³⁵ Luhmann toma este concepto de Parsons. Dobre continxencia é unha interacción na que dous sistemas podrecían perfectamente ser doutro xeito en cada momento, de aí o uso do termo continxencia. A comunicación entre os sistemas sociais baséase na dobre continxencia, porque as posibilidades de comunicación son só iso, posibilidades.

³⁶Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 67-69.

³⁷Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 244.

hai unha reciprocidade entre a observación de *ego* e o seu *alter*. É dicir, a perspectiva de Luhmann está centrada en describir o sistema entre *ego* e *alter*. Constrúense *mutuamente* baseándose no que o un *espera* do outro. É importante recordar que se trata dunha continxencia dobre, onde a inestabilidade e a alta improbabilidade é polos dous lados. E esa é a base da propia relación: sempre podería ser doutro modo, e sempre é altamente probable que a comunicación non se produza. O xogo xerado de confianza e desconfianza é a clave.

Pero non se pode esquecer que os sistemas psíquicos son *só* o contorno do sistema social, a situación de dobre continxencia é só a base improbable sobre a que se constrúen os sistemas sociais. Os dous están acoplados entre si: “os sistemas de comunicación (sociais) están adaptados á conciencia e a ningunha outra cousa máis”³⁸. A comunicación é totalmente independente do que acontece no mundo, porque *non é* conciencia. Isto implica que fai falta transformar totalmente o concepto que se ten da conciencia, porque resulta que o pensamento, a conciencia reflexiva é algo que se aprende grazas, non ao propio pensamento ou sistema psíquico, senón ao seu acoplamento cos sistemas sociais, coa comunicación³⁹. Luhmann entende que o cerebro, a conciencia e os sistemas sociais coevolucionan, influíndose mutuamente pero sendo independentes.

Todo sistema social nace pois nesta situación de dobre continxencia: un *ego* que ha de enfrontarse ao seu *alter*, con escasa probabilidades de entendemento, de comunicación. Os sistemas sociais xeran orde e certeza en situacións de dobre continxencia, e fano mediante a comunicación. As estruturas de expectativas comunicativas xeran, nesta situación inestable, os sistemas sociais. É agora o momento axeitado de definir o que Luhmann entende exactamente por comunicación.

O sociólogo francés Durkheim definiu a socioloxía como a ciencia dos feitos sociais, dende unha perspectiva próxima ao positivismo do século XIX. Os feitos sociais, dicía na súa obra clásica *As regras do método sociolóxico*, son dunha “realidade *sui generis*”⁴⁰. Con iso Durkheim quería marcar a distancia da ciencia que el dicía fundar, a socioloxía, coa historia e a psicoloxía. Os feitos sociais non eran froito da conciencia e polo tanto obxecto de estudo da psicoloxía, pero tampouco eran algo só histórico. Durkheim cifraba a especificidade do social na *cuasi* realidade, *sui generis*, dos feitos sociais. Durkheim fundamentou estes feitos na estatística e no estudo das representacións colectivas. Luhmann usa a mesma expresión para definir o que para el será o centro dun sistema social: o estado de cousas *cuasi* real da comunicación. Con esta alusión irónica Luhmann marca de novo o seu distanciamento da ontoloxía e o seu posicionamento como científico do social; pois mentres para Durkheim esa realidade *sui generis* é un feito, para Luhmann é unha operación autopoiética baseándose na comunicación⁴¹.

A comunicación é altamente improbable porque nace dunha tripe selección. Chégase a comunicar tras tres seleccións: primeiro seleccionase definir a información, despois seleccionase o acto de comunicar; finalmente, unha terceira selección marca a diferenza con outras teoría da comunicación, o sistema selecciona entender. A información é aceptada ou rexeitada, o cal esixe unha nova

38Luhmann 1996 (1992): 203.

39Luhmann 1996 (1992): 204.

40Durkheim 1985 (1895).

41Luhmann 1996 (1992): 193, nota 6.

comunicación, e a conseguinte continuidade do sistema⁴². Para Luhmann a “*comunicación* é a única operación xenuinamente social, xa que é a única que presupón que estean presentes cando menos dous sistemas de conciencia⁴³. Comunicar non é transmitir nada, e que polo tanto esta teoría clásica non é aplicable aos sistemas sociais⁴⁴.

A comunicación é a síntese destas tres seleccións indicadas⁴⁵. *Ego* dille algo a *alter*: seleccionou a información primeiro, construíndoa, pois podía seleccionar entre infinidade de opcións, e só logo decidiu comunicar. Falamos de comunicación cando *alter* entende o que *ego* lle di, é a diferenza entre emisión e información, trátase de que debe responder: seguir ou non co sistema iniciado. As dúas opcións posibles son comunicación, son relevantes. *Alter* ten dúas posibilidades, aceptar a información ou rexeitala. En calquera dos dous casos *debe comunicar* para poder aceptar ou rexeitar a petición de *ego*. A primeira selección non é suficiente, emitir a información non é comunicar: Só cando *ego* comprende que *alter* emitiu información e pode atribuírlle responsabilidade, só entón dáse a comunicación. Cando o *alter* acepta a información e a entende, e debe converterse nun *ego* que pode comunicarse, só entón teremos comunicación. Comunicar non é simplemente percibir o comportamento do outro, porque *comunicar implica percibir a selección que fixo o outro*. O que se dá na comunicación non é pois a transmisión de información, senón pois a información se produce sempre dentro dun sistema⁴⁶. Esta terceira selección, e a síntese das tres seleccións, fai da comunicación a *sincronización* necesaria destas tres eleccións sucesivas *no* sistema social.

Na nosa explicación estamos a diferenciar entre as tres seleccións pero esta diferenciación non se dá no acto de comunicar. A comunicación é unha unidade inseparable non é descompoñible. Luhmann sinala outra característica da comunicación que ten consecuencias moi importantes para a súa socioloxía: a comunicación, esa unidade de tres seleccións, *non ten duración*. A comunicación sempre acontece no presente, desaparece en canto aparece, non é unha secuencia de seleccións. A comunicación é sempre un evento. O cal implica que para poder falar diso, faise só dende o que Luhmann chama unha observación de segundo orde. A comunicación é sempre nova, diferente, é un continuo fluír produtivo e *non pode ser observada senón por un observador social*.

A comunicación é por iso a operación constitutiva dos sistemas sociais: non existe comunicación fóra dos sistemas sociais, e todo sistema social ten na comunicación a súa operación básica. Agora entenderase que un sistema social só pode falar do seu contorno, o ecosistema ou os sistemas psíquicos, ao convertelos en información e comunicar sobre eles. É dicir, convertendo ecosistema ou sistemas psíquicos en parte do sistema social, observándoos como comunicación no interior do sistema social. Como dicíamos ao definir o concepto luhmaniano de sistema: un sistema é a súa diferenza co contorno. Aplicado aquí significa que a comunicación vai o contorno sempre dende dentro. O entorno irrítalle ou provoca conflitos, pero sempre como información comunicable, noutro caso non é posible observalo,

42Luhmann 1996 (1992): 220.

43Luhmann 1996 (1992): 216.

44Teoría clásica baseada na teoría da información do matemático C.E. Shannon (1916-2001), véxase Shanon 1948; sobre as que tódalas teorías lingüísticas se basearon posteriormente. Lonxe das teorías clásicas da lingüística que falaban de emisor, receptor e medio no que transmitir a información.

45Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 46.

46Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 47.

comunicalo. Por iso os problemas psíquicos do contorno son procesados polo sistema social como informacións dentro do sistema, reaccionamos ao contorno socialmente, só reaccionamos en canto o comunicamos, e non pode ser doutro xeito. Home con dereitos, individuo, persoa son distincións, son comunicacións internas ao sistema social, de aí que non teña sentido falar de sociedade de homes, senón só de sistemas baseándose na comunicación. Polo tanto, Luhmann pode afirmar de forma paradoxal: “O sistema social obsérvase a si mesmo e observa a outros sistemas mediante a comunicación”⁴⁷.

Pero a complexidade é aínda maior. A comunicación só é posible se existe evolución, se hai cambio, porque é un proceso de selección que inaugura unha historia de seleccións: primeiro, unha selección do contido informativo (información, mensaxe, expectativa); segundo, a decisión de comunicalo; e terceiro, a decisión de aceptación ou non: de dar un si ou un non á comprensión. A comunicación é polo tanto, como dicíamos, selección actualizada, non é transmisión porque non hai nada ontolóxico. É un proceso que se apunta e ordénase a si mesmo. Temos polo tanto que en canto integra esta tripla selección a comunicación é por definición sempre altamente improbable. É improbable en primeiro lugar que a comunicación sexa comprendida e poida chegar a realizarse. É ademais improbable tamén que a selección de comunicar chegue ao interlocutor. Finalmente, é tamén improbable que se acepte o comunicado.

Os sistemas sociais nacen para simplificar esta complexidade e facer probable esta triple improbabilidade: os sistemas sociais fan probable o improbable. A comunicación social usa pois varios medios para afrontar esta improbabilidade: en primeiro lugar, utiliza o sentido baseándose no prerequisite da linguaxe que fai probable a comprensión e afronta a primeira improbabilidade sinalada; en segundo lugar, os medios de difusión fan probable que a comunicación chegue aos interlocutores, afrontando así a segunda improbabilidade apuntada; e finalmente, mediante os medios de comunicación xeneralizados simbolicamente (MCSX) faise probable a aceptación da información e a continuidade da comunicación. Imos analizar cada un destas formas de asegurar o éxito comunicativo pois elas xeran as estruturas e os elementos sociais.

A semántica do sistema social.

Os sistemas psíquicos e os sistemas sociais están acoplados grazas ao que Luhmann denomina sentido. Os sistemas psíquicos están pechados sobre si mesmo repetindo a súa operación constitutiva na conciencia: os pensamentos. Pero os pensamentos non se poden observar senón é dende o exterior, pois os pensamentos se producen nunha constante sucesión, son cegos. Para Luhmann a auto observación é tamén unha perspectiva externa ao propio sistema, pois ao estar pechados entre si, os sistemas psíquicos teñen o seu único contacto a través da comunicación. Existe polo tanto unha *intransparencia recíproca* que só a comunicación social rompe. É dicir, *ego* só pode observarse a si mesmo na medida en que pensa usando conceptos sociais, mediante comunicacións. Na historia evolutiva os sistemas psíquicos adquiriron a linguaxe, que se converte dende entón no prerequisite da comunicación.

Un medio é aquel contorno que dá lugar a formas. Por exemplo o aire para a comunicación oral, ou para a visión. Sen o medio non sería posible ver ou escoitar, pero non é suficiente. Sen forma non se

47Luhmann 2007 (1997): 13.

podería ver ou oír. A linguaxe é o medio do sentido, onde cada sentido actualizado, de entre as posibles, unha forma.

Para Luhmann os sistemas psíquicos e os sistemas sociais están interpenetrados⁴⁸. Os sistemas interpenetrados non poden controlar a complexidade do outro, nin intervir nos seus contidos, pois achegan complexidade ao outro sistema. É a linguaxe quen realiza o acoplamento estrutural.

A linguaxe é pois a *médium que fai probable a comprensión* da comunicación. Permite a comunicación máis alá da presenza inmediata. A linguaxe é o medio no cal sistemas diferentes aseguranse a converxencia sobre un evento, pero ao ser máis probable a comprensión, fan tamén máis probable a incomunicación. O sentido é o medio que permite a creación selectiva de tódalas formas sociais e psíquicas. Dun conxunto de pensamentos / comunicacións o sentido fai a un real ou actual, e ao resto das opcións, convérteas en potencialidades. O sentido opera a través de seleccións: actualiza algo e nega polo tanto as demais posibilidades. Luhmann entende que é unha conquista evolutiva dos sistemas psíquicos e sociais, non comparable, nin reducible, a nada dos sistemas vivos autopoiéticos⁴⁹. O sentido, ao seleccionar unha posibilidade, permite ao mesmo tempo referirse a tódalas posibilidades (non actuais), mantendo así a complexidade como complexidade aparentemente controlada. O sentido é pois selección de algo a través da negación de todo o demais, pero ao negar non anulamos, senón que o colocamos momentaneamente como posible.

Por exemplo, María acepta o sentido que Manuel, psiquiatra, dille ao afirmar que padece esquizofrenia: o que fagan os dous a partir dese momento dependerá do sentido dado a esa comunicación. María e Manuel seleccionan unha posible forma de entenderse, aceptando ou non o sentido da palabra. O que Luhmann afirma é que ao sentirse plenamente satisfeitos, porque as súas vidas teñen sentido, como analistas sociais, debemos recordar que é só un evento comunicativo. Manuel e María seleccionaron unha posibilidade entre moitas, *ten sentido o que fan porque se comprometen cun sentido, non porque ontológicamente exista o entendido socialmente como esquizofrenia*. ¿Quere iso dicir que non existe a esquizofrenia? Como sociólogo, e analista de posibilidades, Luhmann entende que o sentido nace da selección momentánea que permite o acoplamento entre sistemas, pero é só un evento comunicativo, non ontolóxico. O intercambio de expectativas que realizan Manuel e María ao comunicarse é con sentido porque nega momentaneamente tódalas outras posibilidades, sen por suposto eliminalas definitivamente. Así Luhmann pode afirmar que:

“Os sistema sociais están constituídos por accións efectivas que relacionanse segundo o sentido. Tal relación de sentido gaña en duración, consistencia e capacidade de consenso porque actuar é tipicamente esperable. As accións non poden concatenarse en sistemas na mera realización efectiva nin tampouco na soa causalidade da súa relación condicional e efectiva, senón só pola estabilidade das expectativas de conduta, pois os impulsos e os efectos de facer sempre transcenden dos límites do sistema, definidos por a expectativas de conduta”⁵⁰.

48Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 99-101.

49Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 146-8.

50Luhmann 1973 (1970): 75-76.

As expectativas de conduta fanse obxectivas en roles, normas e institucións, que a socioloxía estuda. A socioloxía estuda comunicacións con sentido en forma de roles, expectativas, normas ou institucións:

“os sistemas sociais só se deixan estabilizar a través de expectativas de conduta e porque na vida social as accións concretas só se deixan abstraer en forma específico-funcional a partir das correspondentes expectativas de conduta “. ⁵¹

É dicir, só podense abstraer a través do intercambio no *médium* do sentido. O sentido é para Luhmann condición de posibilidade para que algo sexa parte de sistema social ou psíquico. É complexidade estruturada e feita comprensible porque posibilita a selección. Volvamos ao noso exemplo de María e Manuel. Manuel describe ante María as súas expectativas comunicativas ao afirmar: “Tes que ingresar no hospital”. A comunicación *ten sentido porque é unha selección feita plausible no sistema social*. De entre tódalas opcións, María e Manuel entenden “ingreso hospitalario” de formas diversas pero converxentes. Ao facelo fan probable algo altamente improbable: aceptan as súas expectativas e no médium do sentido auto perpetúase o sistema social que entre ambos se está a xerar. Por suposto, Manuel e María non atopanse no baleiro, senón que o sistema social que é o seu contorno evolucionou repetido o sentido da palabra “esquizofrenia” e “ingreso”. Esas repeticións son as que deron lugar ao sentido que os dous intercambian. Con esta análise, ¿está Luhmann a negar a existencia da Enfermidade Mental? En absoluto, o único que fai é analízalo dende unha perspectiva sociolóxica. A linguaxe é o medio no que os sistemas sociais comunican. O que sexa ontolóxicamente cada palabra usada non entra dentro do campo das formulacións sociolóxicas, a non ser que o que se queira ofrecer non é unha descrición científica da sociedade, senón que o que se queira ofrecer sexa unha prescrición moral sobre como debe definirse a enfermidade. Os sistemas son para Luhmann o único medio de asegurar, e de explicar axeitadamente, a *coordinación* de consciencias no sentido, coordinación que doutra forma resultaría altamente improbable.

Deamos agora un paso máis. Os sistemas sociais van acumulando sentido no que Luhmann chama a semántica⁵². A utilización do sentido nos sistemas sociais dá lugar á semántica, que non é senón a tipificación do sentido. A semántica é o patrimonio conceptual da sociedade⁵³. É o conxunto de significados condensados e reutilizables dispoñibles para a comunicación. Dado que o sentido é un evento momentáneo, para ser coordinado deben entrar dentro do esperado pola sociedade: elaborado, definido e tipificado. A semántica asegura que se faga unha selección do novo en función do xa tipificado. Son pois os conceptos e ideas para construír opinións, teorías, etc. A semántica polo tanto tipifica o sentido e orienta a comunicación; é por iso o conxunto de formas da sociedade que orientan a comunicación. A semántica sempre vai atrasada con respecto dos cambios estruturais e polo tanto a descrición da sociedade sempre vai con atraso. Habería dous niveis da semántica, un máis familiar e vulgar; e outro máis elaborado ou teórico, con teorías sociolóxicas elaboradas sobre a propia

⁵¹Luhmann 1973 (1970): 77.

⁵²A **semántica** é o patrimonio cultural, conceptual, dun sistema social. É o conxunto dos significados condensados e reutilizables dispoñibles para a comunicación. Mentres que o sentido é un evento momentáneo a cultura semántica dun sistema social é a súa memoria recursiva. Orienta polo tanto a comunicación, establece un dicionario de expectativas e permite a socialización e auto mantemento do sistema social (a educación)

⁵³Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 143-145.

comunicación⁵⁴. A cultura é polo tanto o saber xerado socialmente sobre a semántica do sistema. A semántica dun sistema social mantense nos Medios de Difusión ao facer máis probable que a comunicación teña éxito. Posto que é bastante improbable que a comunicación alcance a ninguén que non estea fisicamente presente, os medios de difusión nacen para facer posible a comunicación máis alá da interacción cara a cara. Foron aparecendo na evolución da sociedade, e co desenvolvemento social de novas tecnoloxías. O primeiro medio de difusión foi a escritura. Coa escritura aparecen a simbolización e a separación non só espacial senón temporal na difusión comunicativa. Este medio de difusión multiplica as posibilidades de comunicación, e ao mesmo tempo de incomunicación. Luhmann asocia a historia evolutiva dos sistemas sociais, coa creación de novos medios de difusión. Cando aparece a imprenta, podemos empezar a falar de sociedade moderna, na terminoloxía de Luhmann sociedade funcionalmente diferenciada. Tras a imprenta verán a luz nas sociedades complexas as telecomunicacións co telégrafo, a radio, a televisión, o ordenador e internet como medios de difusión progresivamente máis complexos e con capacidades de difusión crecentes. Agora chéganos con entender que os medios de difusión foron xurdindo para solucionar o segundo grande ámbito de improbabilidade da selección tripe que encerra toda comunicación: fan máis probable que a comunicación chegue os seus destinatarios.

Persoa, identidade, emocións e comunicación social: acoplamento estruturais.

A interpenetración é pois o modo específico de acoplamento estrutural entre sistemas en co evolución recíproca, dependentes o un doutro (conciencia e cerebro, ou sistemas psíquicos e sistemas sociais). Cada sistema usa a complexidade do outro para constituirse. Sociedade e conciencia son sistema e contorno. Non todo o que se comunica forma parte do codificado como información na conciencia. A sociedade debe asegurarse o grao necesario de integración das conciencias. Os pensamentos son só socialmente importantes ao ser comunicados, e o seu significado é diferente do seu significado comunicacional. Só a través da integración social a conciencia pode elevar a súa complexidade e o seu autocontrol. Os eventos, que desaparecen, son os que fan posible a interpenetración, que non é casual, senón esperable grazas á acción da linguaxe. Porque a comunicación lingüística fai das conciencias un medio preparado para coller formas comunicativas (interpenetración social), comunicación pensada. Ademais, a conciencia pode facer uso da linguaxe como medio para impoñer as súas formas (pensamento comunicado). E é polo tanto a linguaxe quen realiza o acoplamento estrutural. Polo que dada a repetición e a previsibilidade do acoplamento na linguaxe dáse a co-evolución, a mutua evolución. Os sistemas interpenetrados non poden controlar a complexidade do outro, nin intervir nos seus contidos, aínda que sempre achegan algo á complexidade do outro sistema⁵⁵.

Persona é unha estrutura social mediante a cal os sistemas sociais poden atopar unha dirección para a produción de comunicacións. Dende un punto de vista sociolóxico as persoas non son corpo nin conciencia, son *estruturas sociais que permiten a atribución de responsabilidades comunicativas*. Persona é un contexto nos que as posibilidades de comunicación se ven limitadas, facendo máis

⁵⁴Luhmann 1974, 1975, 1981, 1987, 1990, 1995 Soziologische Aufklärung 1-6.

⁵⁵Corsi 1996: 99-101.

probables, reducindo a complexidade. É nelas onde existen as expectativas, coa dobre continxencia operando para a súa aceptación ou non.

Os sentimentos⁵⁶ son auto interpretacions dos sistemas psíquicos. Están polo tanto socialmente condicionados na mesma medida na que a autenticidade é unha forma de comunicación social. Son a base da sociabilidade, pois son os instrumentos dos sistemas psíquicos para relacionarse. É dicir, todo sistema psíquico desexa e sente para satisfacer as súas necesidades (orgánicas, psicolóxicas e sociais), pero a interpretación que deles faga para intercambiar expectativas é social. A emotividade é unha das bases da socialización dos sistemas psíquicos. A súa reflexividade, a súa conciencia fai dos sistemas psíquicos o instrumento do organismo para a súa adaptación ao medio social, sendo polo tanto, a súa base constitutiva (o seu contorno)⁵⁷.

A identidade é polo tanto unha *síntese de referencias ás posibilidades da experiencia*⁵⁸. Se ben a experiencia é dos sistemas psíquicos, a identidade que intercambia na comunicación é social, é froito da cultura e do sistema social. A identidade (*self* na terminoloxía de Mead⁵⁹) é o *valor de cambio na interacción*; é a imaxe ofrecida de si mesmo ante o outro⁶⁰ en situación, polo tanto, de dobre continxencia.

Os Medios de Comunicación Simbolicamente Xeneralizados (MCSX).

Os MCSG fan máis probable que unha selección de *ego* sexa aceptada por *alter*. Son estruturas sociais que aseguran o éxito da comunicación. O amor é un MCSX, mediante a repetición social da relevancia do amor romántico dous sistemas psíquicos “namorados” teñen máis probabilidades de entenderse baixo o paraugas ofrecido polo amor⁶¹. Luhmann fala de moitos outros MCSX asociados aos sistemas sociais específicos: o poder, a verdade, o diñeiro, a propiedade, os valores; todos son MCSX para Luhmann.

Denomínaos xeneralizados porque desenvolven a súa función na medida en que non dependen de situacións concretas: están xeneralizados e son por iso eficaces. Os MCSX xeneralizan o uso do sentido, a selección dun sentido concreto fronte a outros nunha comunicación concreta, e fano mediante o uso de símbolos. É dicir, dan unidade co símbolo ao mesmo tempo que universalidade ao permitir o control de situacións concretas. Se Manuel ama a María, e dillo, o sistema social “controla” a improbabilidade da comunicación e fai máis probable a aceptación da comunicación por parte dos dous. Coa experiencia do amor Manuel e María viven nas súas vidas concretas a universalidade do amor. Os MCSX funcionan xerando un sistema de atribucións: *alter* selecciona o amor no seu actuar e experimentar, ao comunicarllo a *ego*, este debe de atribuírlle a selección e decidir se coordina ou non a súa propia

56 "...o sentimento é máis que a bioquímica interpretada: é unha autointerpretación do sistema psíquico en relación coa continuidade das súas operacións" Luhmann 1991 (1984): 278-9.

57 "Mentres os demais sistemas logran a adaptación do organismo *ao medio* (físico-químico), o suxeito consegue a adaptación do organismo *ao ámbito* (simbólico, é dicir, psicosocial)" Castilla 2000: 40.

58 "a identidade non é unha substancia autosuficiente, senón unha síntese coordinante, que ordena as referencias a outras posibilidades de experiencia" Luhmann: *Soziologische Aufklärung 1-4 1974-1987*, Opladen: Westdeutscher Verlag; I: 26. Obra non traducida de Luhmann, citada en Izuzquiza 1991: 93.

59 G.Mead 1934.

60 Castilla del Pino (2000: 26-7) diferenza elementos na identidade emocional, o intercambio da cal é imposible: a intimidade é incomunicable pois anularía a posibilidade imprescindible de comunicación e interacción (público: observable por todos; privado: observable só por algúns; íntimo: propio de cada sistema psíquico). Como suxeitos necesariamente sociais, tamén aprendemos, socialmente, o non comunicable.

61 Véxase Luhman 1985 (1982).

selección coa de *alter*. De aí que Luhmann sinala que os MCSX xeran evolución. A selección de *alter* nun MCSX é a base de posteriores seleccións, pois condiciona as eleccións de *ego* permitindo o acoplamento, e a súa evolución conxunta.

Os MCSX funcionan cun código binario, con dous valores (amor / odio por exemplo) e creando dese modo información. Existe sempre unha preferencia social por un valor, colocándose o código do lado do valor e xerando expectativas de aceptación. O valor negativo xera reflexión pois sinala a continxencia, a improbabilidade da expectativa socialmente determinada. Luhmann insiste que o código dos MCSX non anula a continxencia, aínda que se explica dende o código mesmo. Outro exemplo pode aclarar un pouco as cousas: o poder é outro MCSX. Non é algo que se poida atribuír a un individuo, é un *medio para coordinar seleccións* e crear as correspondentes expectativas, asegurándose o éxito da comunicación. Se lle atribuímos poder a Manuel seguramente o seu matrimonio con María terá máis probabilidades de éxito nunha sociedade tradicional. Atribuíndolle poder a *ego* actívase actuar de *alter*, que asume a forma de obediencia. Os MCSX xeran expectativas, e pódense dar pois situacións de inflación e de deflación sobre estas expectativas. Se por exemplo insítese demasiado no valor do amor nunha sociedade cambiante, este desvalorízase. “A relixión observa a Deus como observador dos seres humanos; os MCSX dirixen a observación doutros observadores”⁶². Como veremos os MCSX son equivalentes funcionais da distinción Deus en sociedades segmentadas.

Tipos de sistemas sociais: interaccións, organizacións e sociedades.

Todo sistema social, como vimos, é para Luhmann un sistema constitutivo de sentido. Os sistemas sociais diferéncianse en tres tipos, cada un coa súa especificidade e polo tanto non se poden reducir os uns aos outros. Luhmann di que un sistema social pode ser ou ben unha interacción, ou ben unha organización ou ben unha sociedade.

O específico do sistema social interacción é a presenza física dos sistemas implicados na comunicación. É esa presenza física a que determina os trazos e posibilidade de comunicación deste sistema social. A interacción nace na dobre continxencia, e polo tanto pódese definir como o sistema social que aparece cando dous sistemas psíquicos perciben que se perciben mutuamente⁶³. É dicir, *cando un deles selecciona tendo en conta a presenza do outro*. Luhmann entende que a percepción reflexiva é un prerequisite das interaccións, así como o uso da linguaxe (corporal ou non). Unha vez que hai presenza cara a cara a interacción comunicativa dá comezo. A interacción, sinala Luhmann, é o máis simple dos sistemas sociais, pero iso non quita a súa alta complexidade. O número de posibilidades comunicativas cara a cara é case infinito. De aí, que a interacción sexa sistema social pois *esixe selección*. Neste sistema social básico existen toda unha serie de premisas de comunicación e estruturas previas que entra en funcionamento e marcan as opcións comunicativas. Todo un conxunto complexo de expectativas, de formas interactivas de construción de sentido e de atribucións mutuas entran en funcionamento. A sociedade fixa os presupostos para o éxito das interaccións, crea unha semántica e un

⁶²Luhmann 2007 (1997): 383.

⁶³Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 96.

ambiente social estruturado. Pero os sistemas psíquicos concretos os que han de seleccionar e iniciar a interacción.

O sistema social organización implica un grao máis de complexidade comunicativa. O sistema social organización a forma baseándose en regras de recoñecemento xeradoras de estruturas comunicativas. Son regras de pertenza, mediante a definición de roles ou selección de persoal. Son sistemas sociais como as asociacións, as empresas, os colexios, os hospitais etc.⁶⁴ O elemento esencial dunha organización é a forma decisión. Unha decisión é unha comunicación: a selectividade da cal pode ser atribuída a un membro da organización. Luhmann di que a “organización é a realización da autoridade”⁶⁵. As organizacións esixen a existencia da escritura, e superpóñense ás interaccións na complexidade social. Antes de falar do terceiro tipo de sistemas sociais, a sociedade, necesitamos diferenciar o concepto de comunicación de Luhmann das propostas de Parsons e Habermas.

Nin acción social (Parsons), nin acción comunicativa (Habermas): comunicación.

A socioloxía de Luhmann é crítica con toda a socioloxía anterior. A socioloxía de Wéber⁶⁶ (1864-1920) era unha análise do sentido subxectivamente mentado no que-facer común; mentres que a de Durkheim⁶⁷, facía unha análise da obxectividade fáctica das realidades sociais. Para Luhmann ambas as dúas socioloxías detectan o problema central da ciencia da sociedade, pero o *problema non se converte nas súas teorías*⁶⁸. En consecuencia a socioloxía atópase nunha crise de carácter teórico, pois non existe unha descrición teórica do estado dos problemas da sociedade contemporánea⁶⁹. As poucas luces que apareceron proveñen de campos externos á propia socioloxía.

Segundo Luhmann a socioloxía construíu as súas descricións da sociedade baseándose en tres prexuízos básicos que é necesario abandonar. Primeiro un prexuízo humanista: a hipótese de que a sociedade consiste en seres humanos e as súas relacións. En segundo lugar, un prexuízo xeográfico: presupúxose unha pluralidade territorial de sociedades, identificables en función da xeografía, confundindo deste modo o político co sociolóxico. E finalmente un prexuízo epistemolóxico, baseado este último na distinción entre obxecto e suxeito, asumindo que só os suxeitos son autorreferentes, non os obxectos. Pero a *sociedade é un obxecto que se autodescribe permanente e ao facelo autoxerarse comunicativamente*, como xa vimos. Non podemos deternos en toda a crítica que Luhmann fai aos clásicos da socioloxía, aínda que xa bosquexamos as claves xerais⁷⁰. Deterémonos só no diálogo crítico que Luhmann mantén con Parsons e con Habermas. Detémonos en Parsons, por ser este o seu mestre e inspirador da socioloxía médica crítica⁷¹. Ademais Luhmann defende que a súa postura é funcionalista, e Luhmann constrúe o seu concepto de función fronte á teoría de Parsons. Aclararemos, ao explicar as diferencias entre ambas teorías, o concepto de función de Luhmann. Deterémonos tamén na súa crítica a

64 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 121 e ss.

65 Luhmann 1997 (1978): 3.

66 Véxase: Wéber 1972, 1975, 1978, 1979, así como: Mitzman 1976.

67 Véxase: Durkheim 1982, 1985, 1989, así como: Díaz Sánchez 1987.

68 Luhmann 1973 (1970): 97.

69 Luhmann 1996 (1992): 27.

70 Poden consultarse os volumes que Luhmann dedicalle á historia da ilustración sociolóxica: *Soziologische Aufklärung 1-6 1976-1990*.

71 Véxase máis adiante.

Habermas (1929-) con quen Luhmann mantivo un diálogo (nesta aclaración perfilaremos o concepto luhmaniano de comunicación). A relevancia para o noso tema verase máis adiante⁷².

Fronte a Parsons: un novo concepto de función.

Luhmann afirma que toda a obra de Parsons pode definirse como variacións sen fin da fórmula: *a acción é o sistema (action is system)*⁷³. A crítica que Luhmann faille a Parsons⁷⁴ tamén pode resumirse doadamente nunha soa frase: **“a acción é só posible baixo a forma do sistema”**⁷⁵.

Luhmann pregúntase ¿que levou a Parsons a entender que o sistema e acción tiñan que ser parte dunha mesma teoría? Segundo Parsons “a acción é unha propiedade emerxente da realidade social”⁷⁶. Tódolos compoñentes necesarios para a acción, as súas condicións de posibilidade, son produto do sistema social no que se seran e integran. Para Parsons o individuo é só un elemento dentro do armazón da acción, pois o contexto é o que dá sentido ao suxeito: “o suxeito é un accidente da acción”⁷⁷.

Parsons basea a súa teoría de sistemas nos catro compoñentes dunha acción⁷⁸: os instrumentos e os fins perseguidos pola acción, por un lado; e as relacións do sistema consigo mesmo (internas) ou cara ao exterior (externas). Da combinatoria destes catro elementos xorden catro tipos de acción social: accións de Adaptación (A), accións para a obtención de fins (*G por goal*), actividades sociais destinadas ao mantemento das estruturas Latentes (L), e finalmente actividades de Integración (I). Unindo as catro letras iniciais temos o acrónimo AGIL. A economía, a política, a cultura e as comunidades emerxen segundo Parsons para cumprir estas funcións. Este sería o esquema básico sobre o que constrúese posteriormente a teoría de Parsons. Luhmann afirma cunha fina ironía que estes esquemas e diagramas son coherentes na obra de Parsons. Poderíase entender que ela mesma é un intento de aplicala analítica social usando estes diagramas. A obra de Parsons sería entón un esforzo empecinado e tenaz por fundamentar e dar plausibilidade a estas catro funcións. O problema, sinala Luhmann, está no hermetismo ríxido que implica e as rúas sen saída que leva consigo.

Fronte a estes problemas Luhmann parte do funcionalismo de Parsons para crear un **estrutural funcionalismo** baseado na teoría de sistemas. Pero Luhmann cambia totalmente o concepto de función. Función é agora *capacidade de comparar*, non xa funcionamento maquinal. Parsons defende un funcionalismo que subordina a función á estrutura⁷⁹. A análise funcional debe consistir:

*“non na certeza do enlace de causas específicas con efectos específicos, senón na fixación dun criterio de referencia abstracto, a saber, do “problema” a partir do cal diferentes posibilidades de facer, feitos sociais que exteriormente aparecen distintos, poidan ser tratados como equivalentes funcionais. A racionalización da formulación do problema mediante unha construción abstracta de posibilidades de comparación é o verdadeiro sentido do método funcional”*⁸⁰.

⁷²Parsons definiu unha liña de investigación en socioloxía médica ao delimitar o rol de enfermo: Parsons 1975.

⁷³Luhmann 1996 (1992): 31

⁷⁴Véxase: Luhmann 2007 (1997), pero tamén 1996 (1992).

⁷⁵Luhmann 1996 (1992): 31.

⁷⁶Luhmann 1996 (1992): 32.

⁷⁷Luhmann 1996 (1992): 33.

⁷⁸Véxase: especialmente Parsons 1991 (1951), pero tamén 1962, 1964. Así mesmo Ritzer 1993 e 1996.

⁷⁹Izuzquiza 1990: 101.

⁸⁰Luhmann 1996 (1992): 59.

A clave está no problema, non na acción. O esencial en socioloxía é detectar as distintas posibilidades de abordar o problema, e de como o sistema asegúrase de que repítese a mesma selección. Luhmann acepta que haberá dúas obxeccións ao seu método comparativo⁸¹. Primeiro, os criterios de comparación farán relativo todo coñecemento obtido. Segundo, a comparación non pode substituílo elemento tempo existente na explicación causal. Función implica equivalentes funcionais, é dicir, *diferentes posibilidades que é posible seleccionar*. Por iso o problema do método funcional é a súa existencia de integrar a máxima complexidade, cousa que para a análise tradicional resulta excesivo. Tamén afírmase unha falta de verificación científica, dada a cantidade de funcións que se descubren como equivalentes. A clave está na disolución de toda ontoloxía desde funcionalismo luhmaniano.

En consecuencia, a acción, concepto clave na socioloxía de Parsons, non é suficiente, porque toda acción é xa un concepto *en si mesmo social*:

*“O que unha acción é, só se pode descubrir sobre a base dunha descrición social. Por iso o que sucede na relación entre os seres humanos **parece** unha acción. As accións constitúense mediante procesos de adxudicación que se levan a cabo mediante seleccións apoiadas na **semánticas** do interese, do motivo, da intención”⁸².*

É máis, “a observación das accións diríxese, na maioría dos casos, non cara ao estado mental do que actúa, senón á realización paralela da autopóiesis do sistema social”⁸³. A teoría de Parsons fracasa porque: “o concepto de acción remite ao home como ser vivente e como conciencia, é dicir, non refírese a un estado de cousas socialmente construído”⁸⁴.

Resumindo, a socioloxía de Parsons non esta libre do prexuízo que acabamos de sinalar: a acción é xa en si mesma social. Por iso a crítica de Luhmann, diciamos, pódese resumir nunha soa frase “a acción **é só posible baixo a forma de sistema social**”⁸⁵. É dicir, Parsons, malia a complicación da súa formulación, comete un erro básico. A súa teoría é *inxenua* ao esquecer que *toda observación é xa social*, incluída a propia socioloxía, por non dicir que reduce o individuo a un monigote nas estruturas sociais. E por suposto sen entrar nos seus problemas para explicar o cambio e a evolución das “estructuras de acción” sociais.

Fronte a Habermas: un novo concepto de comunicación.

Para Habermas⁸⁶, Luhmann fai que a crítica da razón quede sen obxecto, substituíndoo todo por unha especie de meta bioloxía. Nunha obra, *El discurso filosófico de la modernidad*, Habermas denomina á postura de Luhmann: anti humanismo metodolóxico⁸⁷. Estas dúas serían as críticas fundamentais de Habermas á socioloxía de Luhmann. A sensación que dá ler a Habermas é a de que fixo unha lectura rápida das formulacións de Luhmann, pasando por alto os detalles e intención última da postura luhmaniana.

81Luhmann 1996 (1992): 61-2.

82Luhmann 1996 (1992): 190; enfase noso.

83Luhmann 1996 (1992): 190.

84Luhmann 1998: : 17.

85Luhmann 1996 (1992): 31.

86Véxase: Habermas 1989.

87Habermas 1989: 444.

Habermas na súa revisión da filosofía da modernidade *El discurso filosófico de la modernidad* fai unha proposta sociolóxica, social máis ben. Na súa *Teoría de la acción comunicativa* (1981)⁸⁸ propón como solución á perversidade da propia razón o *diálogo, a acción comunicativa*. A sociedade constrúese inevitablemente nunha acción que Habermas adxectiva como comunicativa fronte á formulación de Parsons. Pero Habermas engade unha esixencia ético-democrática, toda formulación racional e con propostas de racionalización social *debe* incluír un elemento de control: o diálogo. E no caso de non incluílo queda pendente definir se é realmente social.

Luhmann é extremadamente irónico e respectuoso nas súas respostas a Habermas. De novo, como no caso de Parsons, simplemente afirma que Habermas é inxenuo. E non é pouco, se miramos as voluminosas obras de Habermas. En primeiro lugar, di Luhmann que Habermas preocupouse tanto de situarse equidistante e respectuosamente de toda a tradición europea que esqueceu describi-la sociedade complexa actual. A súa filosofía é quizais unha mera “esexese dos clásicos”⁸⁹. É dicir, segundo Luhmann non fai o fundamental: non fai socioloxía, non fai ciencia.

Pero engádelle unha crítica devastadora: Habermas pretende describir a sociedade complexa actual baseándose nunha proposta ética, moral no fondo. O cal, dirá Luhmann, carece de sentido. Poñer normas a un sistema social global é absurdo. A pregunta que tería que formularse Habermas é polo tanto: ¿que sociedade existe? Non cal queres que exista. Poñer límites onde non existen, é absurdo; un exercicio fermoso e entretido, pero carente de sentido. É perderse na propia comunicación social sen entender o carácter circular, auto fundante, da propia comunicación⁹⁰.. Dalgún xeito aos tres prexuízos xa sinalados, Habermas cae nun prexuízo aínda máis daniño: pretende dirixir a sociedade coma se esta fose observable dende o seu exterior. Pretende no fondo ser Deus.

Habermas define pois, antes de comezar a describir a sociedade, o que é correcto e o que non o é; é dicir, elixe e define previamente os seus inimigos, sen realmente escoitalos. Habermas xa sabe o que é a sociedade, e ao sabelo non ve o que esta *poida* realmente ser. Segundo Luhmann, a súa formulación propón ser crítico, pero parece selo con todo o mundo salvo consigo mesmo. A comunicación como elemento constitutivo dos sistemas sociais, no sentido radical xa bosquexado de Luhmann, leva consigo referencias ao descoñecido, ao ignorado, a posibilidades non exploradas. A razón crítica, como calquera razón que se defina, non é máis que unha comunicación social, respectable dentro da lóxica política, pero irrelevante e inxenua dende un punto de vista sociolóxico, se é que pretende explicar a sociedade complexa contemporánea.

Resumindo, o concepto de acción comunicativa non é suficiente para Luhmann. Reúne os erros da formulación de Parsons, xa sinalados, ademais de confundir o verdadeiro obxecto dos sistemas sociais: a comunicación. O seu concepto de comunicación é inxenuo, cargado de prexuízos morais disfrazados dunha ética ben intencionada. Pero sobre todo non serve, para construír unha ciencia da sociedade complexa actual.

88Habermas 1988, 1989 (1981).

89Luhmann 2007 (1997): 8.

90Luhmann 2007 (1997): 8 e ss.

A evolución dos sistemas sociais: cara á sociedade funcionalmente diferenciada.

O terceiro tipo de sistemas apuntado por Luhmann son os sistemas sociais, ademais das interaccións e as organizacións. Entendelo seu sentido na súa socioloxía esixe falar de evolución e cambio. A teoría da evolución fundaméntase nun concepto xa tratado: o concepto de diferenza. A teoría da evolución engádese no noso percorrido á teoría de sistema. Luhmann constrúe a súa teoría da evolución social como unha teoría da crecente complexidade da comunicación. A evolución é para Luhmann o *triunfo da diferenza*⁹¹, coa súa teoría Luhmann dá conta da improbabilidade da orde. Por iso introduce unha concepción da evolución que pensa a sociedade como un produto da implantación do improbable no tempo grazas á variación, a selección e a estabilización.

Inspirado en *El origen de las especies*⁹² para Luhmann a evolución é o éxito do diferente. Nas diferenzas causais, non nas diferenzas froito do azar e da influencia do contorno sobre os sistemas está a crave. Pero con esta afirmación non somos fieis, se cabe, á radicalidade da formulación de Luhmann, porque por motivos de exposición deixamos a súa teoría da evolución ata agora. Luhmann non entende o seu concepto de sistema separado da evolución: *un sistema é necesariamente evolución*. Un sistema non é, ontológicamente unha esencia inmutable. *A evolución é propiamente o sistema*. A súa teoría, como se acusou en moitos casos á de Parsons, non é estática. Luhmann introduce dende o inicio a evolución. Pero “a teoría da evolución non é teoría do progreso”⁹³. Para Luhmann a teoría da evolución é unha forma de analizar o imprevisible. Evolucionar é mudar azarosamente en función dun *sistema de replicación e os seus erros*. O impredecible e o sorprendente son as claves da evolución. Falar de progreso ao falar de evolución é adoptar unha perspectiva que describe o cambio dende o propio cambio, sen entendelo. Porque evolucionar non é mellorar, é só establecer unha diferenza nunha cadea de repeticións predefinida. Por iso o que dende unha teoría sociolóxica debe estudarse é *como nace* a improbabilidade ao longo da evolución.

“Debe polo tanto abandonarse a idea de que as estruturas son algo estable”⁹⁴. Socialmente transmítese a sensación de estabilidade, de que as cousas e as estruturas perduran no tempo. Dise: a familia sempre foi así, a esquizofrenia é unha enfermidade cerebral, ou a matanza do porco é no San Mariño. Como o saber xerado socialmente, a chamada cultura, é un mecanismo de perpetuación do sistema social: “a cultura impide reflexionar que podería facerse en lugar do acostumado A insistencia social na permanencia *das estruturas é só síntoma do cambio irremediable que xera o propio intento de mantelas*. Evolución é pois sinónimo de sistema social para Luhmann.

Facer teoría da evolución non é tampouco xerar predicións. As predicións son comunicacións xeradas polo sistema social para intentar dirixir a evolución, como profecías que se fan cumprir a si mesmas, pero “a evolución está sempre e por doquie”⁹⁵. A evolución débese á evolución e é imposible predicila, pois é por definición un cambio non predicible.

91 Izuzquiza 1990: 183.

92 Darwin 1989 (1859).

93 Luhmann 2007 (1997): 337.

94 Luhmann 2007 (1997): 339.

95 Luhmann 2007 (1997): 340.

A evolución tampouco é historia. A socioloxía naceu como unha disciplina hostil á historia, á tradición, pois considerou que só así podían unirse liberdade e igualdade. Pero Luhmann entende que foi un erro, e que a socioloxía debe integrarse cunha teoría da evolución, porque: “a evolución aclara como o improbable tornase probable no curso da historia e de qué xeito iso acontece”⁹⁶. Deste xeito comprenderanse as seleccións seleccionadas como válidas e as conquistas civilizadoras que xa tiveron éxito. Historia é unha auto descrición do propio sistema social, como o concepto de cultura⁹⁷. A evolución é outra cousa.

A evolución explícase polo contorno, non por unha esencia que a auto dirixe teleolóxicamente a si mesma. “Ningún sistema pode evolucionar a partir de si mesmo”⁹⁸, só as irritacións do contorno fan que o proceso de auto perpetuación poética dun sistema de lugar a cambios, a evolución.

A evolución non elixe unha secuencia determinada que logo se repite unha e outra vez da mesma forma, a evolución non é un sistema. Por iso o concepto de evolución de Luhmann aplicado aos sistemas sociais inclúe sempre a posibilidade da regresión.

Ademais, “a memoria social non é de ningún xeito o que as comunicacións deixan como rastro nos sistemas de conciencia individuais”⁹⁹. É dicir, a evolución social non ten porque coincidir nin co que os sistemas psíquicos memorizan nin co que os sistemas sociais recordan como a súa evolución¹⁰⁰.

Os mecanismos da evolución: variación, selección e estabilización.

Os mecanismos evolutivos¹⁰¹ son os procedementos polos que un sistema aumenta a súa propia diferenciación. Son os catalizadores da diferenciación interna dun sistema ao introducir o azar. Ao facelo, amplíanse as posibilidades do propio sistema.

Un sistema funciona coa repetición recursiva da súa operación, como viamos. A variación é a introdución de diferenzas na operación dun sistema. Unha variación é unha negación, un erro no sistema, abrindo as estruturas do sistema á inestabilidade, ao chou. A linguaxe é o principal mecanismo de variación da evolución social. Coa comunicación lingüística ábrese infinidade de posibilidades de variación e cambio. Luhmann entende que é a posibilidade de negar é a que abre un maior campo de variación social na linguaxe. Os sistemas sociais crearon un grande número de sistemas internos para controlar a negación, para evitala evolución. O segundo grande elemento de variación que Luhmann recoñece son os erros e os problemas non solucionados. Os erros, os problemas non resoltos e a capacidade negativa da linguaxe son os elementos fundamentais do mecanismo evolutivo da variación.

“Variación non significa só cambio, senón elaboración dunha variante para unha posible selección... é unha variación que acontece no sistema”¹⁰² porque “toda variación trae forzosamente como consecuencia unha selección”¹⁰³.

96Luhmann 1973 (1970): 132.

97Véxase o artigo de Luhmann 1999, así como: Bueno1996. Máis adiante volveremos sobre este concepto. A cultura naceu como concepto dentro da sociedade para xustificar a evolución cara a unha diferenciación social por funcións.

98Luhmann 2007 (1997): 341.

99Luhmann 2007 (1997): 461.

100 Evolución non significa tampouco mellora técnica (Luhmann 2007 (1997): 411 e ss) Para Luhmann algo técnico é simplemente algo que funciona. Caracterízalo de mellora é dar xa unha valoración social, unha comunicación que pretende asegurar moralmente o camiño da evolución futura. Por definición é un intento pouco científico, e condenado ao fracaso “O incremento de saber sobre a natureza leva tan só ao incremento do non-saber sobre as consecuencias das intervencións técnicas” Luhmann 2007 (1997): 415.

101 Luhmann 2007 (1997): 355-380.

102 Luhmann 2007 (1997): 355.

Os sistemas sociais funcionan para non ter variacións. Teñen mecanismos internos para evitar a variación. Pero a variación, dado que o sistema diferenciase do contorno pero este está sempre aí, sempre aparece de novo. E unha vez que aparece unha variación o sistema ha de elixir: elixir a variación ou ignorala, se pode. A selección é o segundo mecanismo da evolución.

A selección é elección, ou non, dunha variación. Os mecanismos de selección dos sistemas sociais son mecanismos por suposto comunicativos. Unha selección implica fomentar unhas comunicacións, ou outras, no futuro. Son os medios de comunicación simbolicamente xeneralizados. Mediante os códigos os propios sistemas fomentan unhas comunicacións e non outras. Son mediadores na selección, introducen e seleccionan unha variación sen saber as consecuencias. Luhmann sinala que “o mecanismo de selección primario de tódalas sociedades atopase na diferenciación entre sistemas de interacción e sistemas da sociedade”¹⁰⁴.

Os mecanismos da evolución inclúen a estabilización da variación seleccionada, xerando así unha estrutura social diferenciada. “Non hai causas unívocas para ningunha das adquisicións evolutivas”¹⁰⁵. Estabilización só implica que ante unha variación seleccionada se diferencia ao interior do sistema unha nova forma de xerar comunicacións. É dicir, o círculo evolutivo ábrese de novo ao cambio, á transformación do sistema.

Diferenciación social: tipos.

Os sistemas sociais, afirma Luhmann, diferéncianse internamente na súa *evolución para cumprir a súa función*. A evolución social é a evolución da diferenciación social. Luhmann entende que a diferenciación xera primeiro sistemas e, posteriormente, ao aumentar a complexidade, aparecen os subsistemas: sistemas parciais internos ao sistema cumprindo funcións específicas. Por exemplo, a familia aparece como subsistema cunha función específica. Imos deternos un momento nos trazos que Luhmann atribúe ao sistema familia como un sistema de interacción.

O sistema familia, dende unha perspectiva sociolóxica, é unha forma de interacción coa función de *incluír a persoa enteira dos participantes na comunicación*¹⁰⁶. Tódolos aspectos dos participantes do sistema familia son entón relevantes para a comunicación familiar. É o único sistema parcial no que as persoas son tratadas exclusivamente como persoas, pois todo o de cada persoa da familia interesa aos membros da familia. A comunicación interna da familia inclúe tódolos aspectos (económico, relixioso, sentimental, ...) de tódolos familiares. A comunicación relevante a nivel familiar é a da intimidade. Intimidade significa non deixar *nada* fóra da comunicación. O sistema familia observa e comunica polo tanto sobre o seu contorno a través da forma persoa. O sistema familia é un sistema no cal non se permite subtraer á comunicación nada que sexa persoal e íntimo¹⁰⁷. O amor é o medio no que parte da intimidade é codificada, pero non toda a comunicación no interior da familia é codificable no amor, por iso emerxen outros sistemas sociais. Por iso o acoplamento entre fluír constante de pensamentos de cada sistema psíquico dunha familia é sempre ruidoso, xera en si mesmo unha constante necesidade de novas

103 Luhmann 2007 (1997): 374.

104 Luhmann 2007 (1997): 377.

105 Luhmann 2007 (1997): 401.

106 Luhmann 1985 (1982).

107 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 82-84.

comunicacións, de observacións de segundo orde. A familia é o sistema social por antonomasia, pero dende logo, non o único, e non existe ningunha familia que cumpra perfectamente a súa función, de aí que da familia se foran diferenciando por evolución noutros subsistemas sociais.

Luhmann fala da “forma-de-diferenciación, cando se trata de *como* se coordina (nun sistema total) a relación dos sistemas-parciais entre si”¹⁰⁸. É dicir a diferenciación aparece evolutivamente ao facer necesaria a integración e coordinación dos sistemas internos ao sistema. É o axeitado traballo de integración dunha complexidade sempre crecente. No cadro seguinte¹⁰⁹ poden verse as formas de diferenciación social que Luhmann diferencia¹¹⁰. Cada unha vai asociada a unha forma de integración e formación social *que non desaparece ao longo* da evolución, senón que mantense. É dicir, no sistema sociedade actual seguen existindo interaccións, familias e organizacións, pero están adquiriron novos contornos polo que non se pode dicir que sigan sendo o mesmo que o que foron.

Formas de Diferenciación	Formas de interacción	Formacións sociais
Diferenciación en segmentos	Interaccións	Sistemas “arcaicos” (familias, comunidades, pobos).
Diferenciación en estratos	Organizacións	Altas culturas rexionais
Diferenciación funcional	Sistema sociedade	Sociedade Mundial

Táboa1 Diferenciación / interacción / Sistemas sociais

Diferenciación social en segmentos.

Este tipo de diferenciación social caracterízase pola igualdade dos sistemas parciais da sociedade¹¹¹. Luhmann di que esta diferenciación aparece polo parentesco ou polo territorio, ou pola combinación dos dous elementos. Despois da diferenciación social por sexo e idade, aparecen unha forma máis complexa de distinción na sociedade arcaica¹¹² onde os sistemas parciais son iguais. Aparecen as tribos, os clans se a diferenciación dase baseándose no parentesco, e as aldeas ou as casas se a diferenciación é sobre a territorialidade. Pero a complexidade non pode ser demasiado elevada. Cada clan ou casa pode observar e comunicar sobre outros iguais a el, co que a capacidade de selección é limitada. Baséase na comunicación oral, ao non existir medios para chegar a difundir a comunicación entre ausentes, polo que o sistema social base é a interacción cara a cara. Toda comunicación busca integralo todo sobre o familiar. O mundo débuxase entorno aos clans, a casa, a familia, a tribo. A reciprocidade é a norma. Esta asegura o mantemento desta forma de diferenciación e a igualdade entre os sistemas parciais diferenciados.

Esta forma evoluciona ao romper a norma da reciprocidade, coa infracción sempre posible da norma, a diferenciación social evoluciona. Sexa polo que sexa, por motivos internos ou externos, algunha familia ou clan ou casa, faise máis poderosa que as outras, diferénciase, e xorde a diferenciación baseándose en segmentos, onde a igualdade inicial vese rota. A antropoloxía das sociedades de cazadores¹¹³ recolectores ofrece innumerables exemplos deste tipo de diferenciación social. Cando a

108 Luhmann 2007 (1997): 482.

109 Adaptado de Izuzquiza 1990: 196-200.

110 Por motivos de simplicidade deixamos de lado a forma centro / periferia que aparece na súa obra Luhmann 2007 (1997).

111 Luhmann 2007 (1997): 485.

112 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 58 e ss.

113 Unha recompilación destes datos antropolóxicos pode verse na obra de Johnson e Earle (2003) sobre as liñas de evolución das sociedades humanas.

desigualdade se produce baseándose no territorio, a evolución é cara a unha forma de diferenciación que Luhmann denomina diferenciación centro / periferia. Cando esta desigualdade fai primar a parentela aparece a denominada diferenciación por estratos. Posto que ambas se parecen detémonos só nesta segunda, sendo o que diremos válido para as dúas.

Diferenciación social en estamentos ou estratos: a escritura e a imprenta.

Coa diferenciación en estratos temos unha clara desigualdade dos sistemas parciais¹¹⁴. Dous bos exemplos son as castas da India, e a sociedade estamental da Idade Media Europea. Con esta diferenciación aparece a nobreza, que pechase aos estratos definidos como inferiores¹¹⁵. A estratificación implica distribución desigual de recursos e das oportunidades de comunicación. Nobreza e pobo común diferéncianse, e internamente xorden estratos diferentes. Agora todo o que sucede socialmente fai referencia ao rango, toda comunicación se orienta sobre a desigualdade ou igualdade de rango. Ao interior de cada estrato, existe igualdade, pero entre cada rango impera a desigualdade. O grao de diferenciación social incrementouse e polo tanto a complexidade. A escritura primeiro e a imprenta despois poñen en mans do estrato superior as posibilidades de auto describirse. A capacidade de superar as interaccións cara a cara dá lugar ás organizacións, institucións sociais que organizan decisións de forma xerárquica. É o estrato superior o que auto define e xustifica a desigualdade que o constitúe.

Luhmann entende que este sistema é altamente inestable, pois require unha grande enerxía para auto-perpetuar se. Por iso na Europa Medieval empezan a diferenciarse sistemas sociais por funcións, non por estratos. A banca que aparece nas cidades e os gremios dará lugar ao sistema parcial da economía. Os diferentes señores feudais xerasen por evolución da complexidade o sistema político. E así con todos e cada un dos sistemas parciais que se irán diferenciando pola súa función ao interior do que Luhmann denomina sistema sociedade.

Diferenciación funcional: o sistema sociedade e os seus sistemas parciais.

A característica esencial da diferenciación por funcións é, como tantas cousas en Luhmann, contraditoria. Luhmann afirma que *os sistemas de funcións son iguais na súa desigualdade*¹¹⁶. Fronte á sociedade segmentada onde os subsistemas eran iguais, e a sociedade estratificada onde primaba a desigualdade, Luhmann afirma que na nosa sociedade diferenciada por funcións os sistemas parciais son desiguais pola súa función, pola función que cada un deles especializouse en desenvolver e que os xerou¹¹⁷. Se antes tiñamos estratos sociais, un centro e unha periferia ou un conxunto de castas ou segmentos, agora a sociedade foise diferenciando internamente grazas ás funcións dos seus sistemas.

Os principais sistemas parciais, internos á sociedade, son: o sistema político, o sistema económico, o sistema xurídico, o sistema da ciencia, o sistema educativo, as familias, o sistema médico, o sistema arte e o sistema relixión. Cada un ten unha función que o foi xerando e desenvolveu de modo autónomo. A comunicación fundamental da sociedade estrutúrase agora en torno a estas funcións, e *non hai comunicación sobre o sistema como un todo*, a súa complexidade faino imposible.

114 Luhmann 2007 (1997): 486.

115 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 60.

116 Luhmann 2007 (1997): 486.

117 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 61 e ss.

Cada sistema parcial traballa esquecéndose dos restantes, e observa os restantes dende a súa propia función. Por exemplo, para o sistema económico as decisións políticas son interpretadas en clave monetaria. Por iso aínda que teñen moitas cousas en común, cada sistema parcial é diferente aos restantes. Cada sistema funciona cun código binario propio que non acepta as distincións dos restantes sistemas parciais; así, unha decisión educativa non pode ser entendida polo sistema económico, aínda que os diferentes códigos se poidan tolerar entre si.

Luhmann introduce aquí un concepto fundamental: a policontextuRalidad. Escribimos con “R”, para deixar clara a diferenza con outra palabra moi similar en castelán: contextual. Este concepto está tomado da lóxica polivalente de G. Günter¹¹⁸ e alude ao feito da existencia de moitos códigos con validez simultánea aínda que se rexeiten entre si. ContextuRal vén da unión de fragmentos de teas diferentes integrándose nunha unidade na que cada pequeno anaco é diferente dos restantes. Na sociedade diferenciada por funcións non existe unha xerarquización das funcións, a desigualdade que apuntábamos xa non se basea na xerarquía, como nos estratos ou segmentos dos sistemas anteriores. Tódolos subsistemas desenvolven elementos esenciais para o sistema social, pero *ningún é dominante*. Non hai vértices, nin centro, nin periferia: hai contextuRalidad. Por iso é imposible unha descrición da sociedade, a sociedade non pode ofrecerse a si mesma unha descrición da súa complexidade, pois cada sistema vai o que vai, dende a observación propiciada pola súa función. Cada sistema parcial ve e define os seus propios problemas, vendo os problemas dos outros sistemas dende o seu código ou operación. Por exemplo, dende o punto de vista económico os problemas sanitarios soluciónanse con máis prestacións económicas, e dende o punto de vista médica os problemas económicos encerran unicamente desigualdades de recursos que dan lugar a enfermidades.

Luhmann denomina prestación á observación que un sistema parcial realiza doutro sistema parcial diferente, por exemplo as observacións políticas sobre a economía, ou as alusións médicas á política. Aínda que existe independencia sistémica, entre eles dáse interdependencia e co-evolución. Cada subsistema ten en conta as prestacións dos outros, pero interpretándoas internamente de acordo co seu código e función. Un mesmo acontecemento, poñamos un nacemento, pode ser interpretado de diferente modo por cada subsistema, xerando prestacións entrelazadas. O nacemento dun bebé nunha sociedade con natalidade baixa, sendo esta unha observación xerada polo sistema ciencia, xera unha prestación económica dirixida dende o sistema político, e interpretada de moi diferente xeito segundo as diversas “familias” e relixións. Como podemos observar, a complexidade está sempre presente, sen unha única posición que poida describir a “totalidade” da sociedade.

Cada sistema parcial, salvo excepcións, pode reflexionar e polo tanto auto observarse. A pedagogía sería así a auto descrición do sistema parcial educativo. Para reproducirse e manterse no desenvolvemento da súa función cada sistema parcial debe cumprila súa función, xerar prestacións e reflexionar sobre si mesmo. O sistema sociedade diferenciado por funcións é mundial e omniabarcante, as distincións territoriais non teñen sentido para o desenvolvemento de cada unha das funcións dos

118 Véxase: Günter 1979.

subsistemas parciais. É importante volver sinalar que neste sistema sociedade omniabarcante os sistemas sociais anteriores *non desaparecen*. Só deixaron de ser a forma principal de diferenciación social. Pero a complexidade segue en aumento, e ao interior de cada sistema parcial seguen diferenciándose internamente sistemas. Con numerosos sistemas que se compoñen e descompoñen continuamente, pois a dobre continxencia segue imperando mesmo nos sistemas sociais máis estruturados.

Imos describir de forma moi breve, baseándose nos seus trazos específicos, os principais sistemas parciais da sociedade moderna. Logo deterémonos nas auto descrições da sociedade, e nalgúns sistemas que a complexidade actual xera: o sistema conflito e os movementos de protesta pola súa relevancia para o tema de investigación desta tese. Finalmente, fixarémonos cun pouco máis de detalle en dous dos subsistemas parciais: o sistema dos medios de comunicación de masas, pola importancia e visibilidade que ten na nosa sociedade, e no sistema médico pola súa relevancia para o noso tema.

O sistema xurídico: a xustiza e o dereito.

Dende o punto de vista sociolóxico, a pregunta polo dereito é ¿que problema comunicativo resolveu a diferenciación do sistema dereito? O *problema* é a clave. *A función diferenciadora do dereito é manter con estabilidade as expectativas comunicativas aínda no caso de que resulten vas*. Xera expectativas mediante normas que permanecen estables aínda no probable caso de que sexan violadas, polo tanto o sistema dereito funciona como o sistema inmunitario da sociedade. Utiliza o código legal / ilegal, e a súa función comunicativa é a resolución de conflitos¹¹⁹. O dereito non se basea no consenso, pois non todos poden estar de acordo con tódalas normas.

O sistema político e o poder: a política da sociedade.

O sistema político diferénciase na sociedade complexa para cumprir a súa función: *achegar á sociedade a capacidade de decidir dun xeito colectivamente vinculante*¹²⁰. O poder é o seu Medio de Comunicación Simbolicamente Xeneralizado. O poder fai probable a aceptación das accións de *alter* como premisas e vínculos coas accións de *ego*. É só un *médium*, non unha característica dun individuo. O poder é un *médium* de comunicación que coordina as seleccións e crea así as súas correspondentes expectativas. Naceu na época moderna como medio específico do sistema político¹²¹. O sistema político diferénciase cando se identifica como autónomo un poder capaz de motivar a aceptar decisións vinculantes.

O sistema económico: a propiedade e o diñeiro.

A economía diferénciase como sistema funcional ao nacer un paradoxo¹²²: “o intento de *eliminar a escaseza a través do acceso aos bens* crea o problema da escaseza”. Se *ego* asegúrase bens, eliminando así a súa escaseza, xera necesariamente, ao facelo, a escaseza de *alter*. Por iso, na sociedade, ao reducir a escaseza faise maior a escaseza. Escaseza significa que a algúns bens só podese acceder en cantidade limitada. O sistema económico funciona con pagamentos, é a súa operación diferenciadora, sendo o diñeiro o seu MCSX. O diñeiro xera unha constelación de atribucións para que actuar de *ego* sexa

119 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 54 e ss.

120 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 126 e ss.

121 Luhmann 1995 (1975).

122 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 69.

experimentado por *alter*. A propiedade funciona co código ter / non ter, establecendo deste xeito un complexo sistema de comunicación, e diferenciando o sistema economía. Pois o ter de *alter*, implica o non ter de tódolos *egos* posibles, *xeneralizando* as posibilidades de intercambio comunicativo.

O sistema arte: a arte da sociedade.

A complexidade da sociedade diferenciou un sistema arte *encargado de ofrecer ao mundo a posibilidade de observarse a si mesmo a través das posibilidades excluídas*. No sistema arte créase un sistemas con obxectos (obras de arte) creados para el mesmo. A obra de arte pide ser observada como un obxecto artificial creado cunha intención a descubrir. Por iso, o sistema arte opera sempre dende a observación de segundo orde. Crea a súa propia linguaxe: “A arte é tamén unha equivalente funcional da linguaxe aínda cando utiliza textos lingüísticos como medio para as obras de arte”¹²³. A comunicación entra en xogo para observar posibilidades excluídas, e nelas, a arte mostra que tamén podese atopar a orde. Ao facelo a arte ofrece ao mundo a posibilidade de observarse a si mesmo¹²⁴.

Luhmann entende que o sistema arte aparece na sociedade complexa cando non se pode apelar á utilidade ou ao valor económico como factores que comuniquen o artístico. Arte é experimentar na combinación de formas sen referencia a nada. Cando a arte moderna autodefiníuse a si mesmo, esixindo ser comunicado só ao aceptar o código do artista, o sistema vólvese autorreferente, diferénciase e evoluciona como sistema funcional parcial do sistema sociedade. O sistema arte xerou un medio de comunicación simbolicamente xeneralizado (MCSX): a arte. Como o amor ou o diñeiro, este MCSX é unha constelación de atribucións dentro das cales o actuar de *alter* é experimentado por *ego*. Nel, Luhmann entende que a sociedade complexa, ofrece un esquema de comunicación onde se activan posibilidades anteriormente excluídas ou canceladas. A comunicación xerada na arte, observar queda atrapado no insólito, o ficticio e por iso, no estimulante.

O sistema relixioso: a relixión da sociedade.

O sistema relixión diferénciase ao volverse autónoma a súa función: *presentar na comunicación a diferenza entre o que é observable e o que non o é*. Toda comunicación se basea nesa diferenza matriz, pero a relixión especialízase nese punto cego de toda observación. Di Luhmann que falase de relixión cando tematízase precisamente a unidade da diferenza cosubstancial a toda comunicación. Trátase de facer comunicable o feito de que do lado do observable existe sempre algo que escápasenos á observación (é imprescindible recordar aquí as explicacións dadas anteriormente sobre a lóxica da forma de Spencer-Brown). A relixión fala pois do máis alá, de Deus, do paraíso, para comunicar sobre ese elemento de toda comunicación, pois toda comunicación se fundamenta en algo que non pode ser visto. A distinción inmanencia/transcendencia é o código binario deste sistema, que non xerou un MCSX.

O sistema educativo: a educación da sociedade.

A función do sistema educativo é *volver probable a aceptación da comunicación*. O seu labor é como correr sobre unha fita sen fin, unha labor imposible pois non existe posibilidade ningunha de motivar aos sistemas psíquicos para que acepten as intencións educativas do docente, ou, para dicilo

123 Luhmann 2005 (1995): 41.

124 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 25 e ss.

doutro xeito, para que orienten o seu comportamento de acordo coas expectativas do docente. O docente non pode saber cál é o efecto real do seu comportamento didáctico. O docente só pode observar o comportamento do alumno en función das súas propias expectativas.

Como tódalas situacións de dobre continxencia, debido á maior complexidade social, o sistema educativo nace e diferénciase no cumprimento da súa función, para facer máis probable o éxito comunicativo malia o paradoxo básico sobre o que basea a súa diferenciación¹²⁵. O sistema educación diferénciase na sociedade coa función de *inducir cambios nos sistemas psíquicos particulares*, a súa función paradoxal non é elaborar comunicación ou lograr éxito educativo, entende Luhmann, senón que a súa función é lograr cambios improbables e inobservables *no contorno* psíquico da sociedade. Se funciona ben, o sistema educativo logra que os sistemas psíquicos participen na comunicación da sociedade hipercomplexa e policontextuRal. A súa función é por definición altamente problemática e paradoxal, pois o docente debe forzar a interacción cara a cara co seu alumno para facer probable a improbable capacitación deste para a comunicación futura. Posto que este sistema opera no contorno do sistema social, como o sanitario opera no corpo ou na psicoloxía dun sistema psíquico, non existe un MCSX específico. É por iso ademais que o docente sempre traballa ás cegas, interpretando o alumno dende as súas propias expectativas. Con esas expectativas o sistema educativo xera un conxunto de calificacións que designan a capacitación, ou non, do alumno. Luhmann entende que este sistema de notas e calificacións é un acoplamento estrutural do sistema educativo co sistema económico produtivo. Nacen así as carreiras e os sistemas de ensino ordenados de forma secuencial.

O sistema educación aparece cando a simple socialización non é suficiente para a capacitación dos sistemas psíquicos para a comunicación, e iso sucede no sistema complexo sociedade. A socialización segundo Luhmann sucede polo sempre feito de participar na comunicación, mentres que educación require unha intención pedagóxica expresa. Esta aparece coa complexidade da sociedade, onde a comunicación ao interior da familia, a banda, a casa ou a organización non é suficiente xa para preparar os sistemas psíquicos para a comunicación social. A reflexión do sistema educativo é a pedagogía, que se encarga de actualizar, ante os problemas educativos, o cumprimento da súa función.

O sistema ciencia: a ciencia e a verdade da sociedade.

A función do sistema ciencia é *construír e obter coñecemento*. O seu MCSX é a verdade. O seu código binario é o de verdadeiro / non verdadeiro. A verdade non é unha atribución referida á realidade senón a un conxunto de expectativas que volven probable a aceptación dun saber novo. O conxunto de atribucións de *alter*, a súa experiencia científica, do mundo, condiciona a constelación de atribucións de *ego*. A verdade desvíase da cotidianidade e motiva a aceptala comunicación deste tipo.

Fóronse xerando na diferenciación da ciencia no sistema sociedade todo un conxunto de programas e teorías para fundamentar cientificamente unha comunicación. O acoplamento da ciencia cos medios de comunicación e con outros sistemas de función permitiuno. Dende un punto de vista sociolóxico, comunicacional, a ciencia é a produtora dos coñecementos con atribucións de verdade que circulan na sociedade. A súa función é construílos, non ten a función de tamén difundilos, diso ocúpense os Medios

125 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 71.

de Masas e o sistema educativo. Cada comunicación científica produce algo novo que convertese na base da comunicación subseguinte ou abandónase e comunícase como non verdadeira. O sentido da investigación científica é a produción de coñecemento sempre novidoso.

As ciencias¹²⁶ nacen da necesidade social de comunicar sobre a semántica do sistema social, facendo máis probable a súa continuidade no tempo. *Ningunha ciencia pode considerarse libre de contidos sociais*, pois son por definición produtos da propia comunicación social. Luhmann non afirma a absoluta relatividade social do coñecemento, nada máis lonxe da súa intención. O que Luhmann afirma é que para facer un gran descubrimento, digamos, en Física, e que poidase observa no mundo físico, é tamén necesario que sexa viable socialmente. O sistema ciencia, e a verdade como medio de comunicación, diferenciáronse para facelo posible. *O home non coñece*¹²⁷, *é a sociedade a que xera coñecementos*. Os sistemas psíquicos están pechados sobre si mesmo na conciencia e os pensamentos, só son comunicados nun sistema social.

A socioloxía: a ciencia do sistema social.

Se a ciencia é un sistema parcial da sociedade funcionalmente diferenciada, a socioloxía é á súa vez un sistema parcial diferenciado ao interior da ciencia. Pero dada a crise que sinalamos reiteradamente como propia desta ciencia da sociedade, Luhmann afina un pouco máis para na descrición do labor da socioloxía. Porque o sistema sociedade ten as súas propias auto observacions e auto descrições que compiten coa socioloxía, especialmente dende a aparición dos medios de comunicación de masas como sistema independente.

O sistema social tal e como o describimos é omniabarcante, inclúe tódalas comunicacións con sentido a nivel global, planetario: “Unha pluralidade de sociedades só sería pensable se non houberse enlace comunicativo ningún entre elas”¹²⁸. É dicir, inclúe no nivel terráqueo tódalas comunicacións simultáneas que os medios de difusión fixeron posibles en tempo real. A sociedade omniabarcadora non pode observarse dende fóra, é un “caso extremo de observación policontextual”¹²⁹. Non existe observación externa para corrixir, nin ten polo tanto esencia. A sociedade inclúe todas e só as comunicacións, que constitúen a autopóiesis permanente do sistema. Pero, ¿que son entón as autoobservaciones e auto descrições do sistema sociedade funcionalmente diferenciado? Son “construcións imaxinarias da unidade do sistema que posibilitan a comunicación da sociedade (aínda que non *con* ela senón *sobre* ela)”¹³⁰. Luhmann entende que estas mesmas autodescrições do sistema evolucionaron co propio sistema, diferenciándose de funcións. Imos ver cales describe Luhmann na súa obra cumio: *A sociedade da sociedade*¹³¹.

A tradición europea describiu a sociedade segmentada baseándose na ontoloxía e na metafísica, despois baseándose na ética e na política, e ultimamente predominou, coa diferenciación por funcións, a auto descrición económica. Luhmann entende que, como vimos, por principio, non é posible unha

126 "A relixión é un proxecto de sincronización imaxinaria. A ciencia é un proxecto de sincronización simbólica" Ibañez 1994: 24. De aí que poidase afirmar nun sentido pleno que a ciencia e a relixión, dende un punto de vista sociolóxico, son equivalentes funcionais.

127 Luhmann 1996 (1990): 17.

128 Luhmann 2007 (1997): 55.

129 Luhmann 2007 (1997): 63.

130 Luhmann 2007 (1997): 687.

¹³¹ Luhmann 2007 (1997).

descripción total do sistema sociedade. Por iso asocia cada descripción sucesiva dos sistemas sociais á estrutura comunicativa que os posibilita. Por exemplo, a definición da sociedade como comunidade política en Grecia é asociada por Luhmann a un sistema onde a nobreza imaxina a súa propia natureza humana como próxima aos deuses. A sociedade é a busca do ben propio do home, oculto na suposta realidade da natureza humana, dicían Aristóteles ou Platón. Pero, “o funcionamento das relacións sociais (para nós: a *autopoiesis* da sociedade) non depende da “intersubxectividade”, nin moito menos do “consenso”¹³². Para cada descripción da sociedade Luhmann sinala a súa orixe social.

Unha sociedade xerárquica e ordenada autodescribese como estable, como o SER que non varía e permite a existencia humana. Esa mesma sociedade describese co paradoxo da unidade dun todo nas súas partes. A sociedade sería o todo que ordenar racionalmente, onde os seres humanos, as súas partes, deben ser educados baseándose no *ethos*. *Ethos* é un concepto da tradición onde a sociedade describese ao incluír un compoñente moral na vida político social, baseado en supostos non cuestionados sobre a natureza humana. O social ata ben entrada a Idade Moderna foi visto como comunidade inclinada cara á esencia humana: o ben, a perfección. Por suposto é a ética da aristocracia¹³³, da honra, do avoengo, da dignidade. Este sistema ontolóxico, esencialista e teleolóxico entra en crise co “cambio da estrutura social cara á diferenciación funcional que primeiro causaría fracturas na metafísica ontolóxica e logo a súa derruba total (aínda que talvez haxa, mesmo entre os filósofos, aínda hoxe en día, pescadores que nunca oíra falar do seu derrumbe)”¹³⁴.

Coa diferenciación funcional os sistemas parciais xeran as súas propio auto descrições do sistema sociedade. Cada unha é propia da función do sistema que a produce: o concepto de soberanía veu do sistema político, ou o de man invisible apareceu herdado dos economistas, ou a teoría do contrato social como fundamento do dereito; todos son bos exemplos. Son formas de reflexión de cada sistema parcial describindo a complexidade do sistema sociedade. Cos medios de comunicación de masas as auto descrições xeneralizásen se dende el. O concepto de cultura aparece entón como “o lugar onde as auto descrições reflexiónanse”¹³⁵. Pero a sociedade na súa alta complexidade non é nin suxeito, nin intersubxetividade, nin moral, nin sistema económico, nin sistema ético democrático ou dialogante. Tampouco é nación, nin sociedade de clases, nin sistema libre ou liberalismo, nin sociedade moderna ou posmoderna, nin sociedade da información ou do risco. Todas estas auto descrições xogaron un papel na evolución do sistema sociedade, pero Luhmann mostra¹³⁶ como cada unha delas xurdiu nunha sociedade determinada, cunha función social determinada. Deste modo deixa claro que unha ciencia da sociedade non pode fundamentar as súas descrições da sociedade neste tipo de auto descrições. A socioloxía ten outra función, non como os Medios de comunicación de Mases que deben seleccionar as auto descrições¹³⁷. En palabras de Luhmann a socioloxía:

132 Luhmann 2007 (1997): 693-4.

133 Luhmann 2007 (1997): 745.

134 Luhmann 2007 (1997): 723.

135 Luhmann 2007 (1997): 698.

¹³⁶ Luhmann 2007 (1997).

137 Luhmann 2007 (1997): 868.

“debe empezar recoñecendo que unha descrición do sistema da sociedade só pode levarse a cabo no sistema, só con medios do sistema e sempre só como unha fracción das súas operacións. Isto significa estruturalmente que a socioloxía, como sistema parcial do sistema-parcial-ciencia, debe contar con competidores.”¹³⁸

Pero estes competidores *non son a socioloxía*. A socioloxía ten que estar máis alá dos intentos de corrixir o progreso social, ou dirixir o mercado, ou conducir eticamente o diálogo entre supostos suxeitos iguais. *A función da socioloxía é describir a sociedade, non a dirixir.*

O sistema social conflito.

O conflito é para Luhmann un sistema social parasito¹³⁹ que nace nos paradoxos e contradicións da comunicación. Pode ser perigoso para o sistema social ao interior do cal diferenciase porque fai uso dos recursos do sistema para existir. Por iso para subsistir o conflito mantén ese uso dentro duns límites que non leven consigo a destrución do sistema que parasita. Toda regulación social da comunicación nace así para regular e limitar o conflito, pero no sistema sociedade existen tanto conflitos como consenso, pois a evolución cara á complexidade social vixente é froito dos dous. Entre outros sistema sociais encargados de controlar os conflitos, diferenciouse o sistema xurídico.

Os movementos de protesta.

Os movementos de protesta son unha forma da sociedade moderna de observarse a si mesma: ante a súa propia intransparencia os movementos de protesta aseguran a autopóiesis da sociedade moderna¹⁴⁰. Xorden e desaparecen en función das necesidades do momento. Luhmann pon exemplos dos movementos dos anos sesenta, da aparición das ONG, da loita contra as centrais nucleares, do movemento ecoloxista. Cada un deles aparece nun momento pola urxencia de comunicar un determinado problema. Se ten éxito todo movemento de protesta acaba converténdose nunha organización, estabilizando a súa comunicación, ou diferenciando un sistema parcial ao interior da sociedade. En caso de non ter éxito poden converterse nun problema ou conflito latente, ou ben esvaecerse na información dos medios de masas, desaparecendo no fluír da propia comunicación.

As empresas de fabricación da realidade: os medios de comunicación de masas.

Sobre o sistema parcial dos medios de comunicación de masas Luhmann escribiu moito ao longo da súa vida. Nunha das monografías sobre eles¹⁴¹ un capítulo enteiro céntrase no caso dunha noticia de Brasil e o seu ministro de finanzas, Ricupero. Neste caso, como en tódolos da prensa rosa ou as noticias na actualidade, o *escándalo* da noticia alimentou a realidade comunicativa creada polos Medios de Masas (MM). Luhmann afirma con ironía, formulándose ao mesmo tempo unha pregunta:

“Contra toda posición racionalista sobre os efectos da ilustración da información da verdade, este caso mostra que non debe esperar que a verdade faga a súa aparición no plano da comunicación pública, senón que deixase, máis ben, para o contorno do privado”¹⁴². ¿Cal é pois a función sobre a que se diferencia este sistema parcial da sociedade complexa?

138 Luhmann 2007 (1997): 893-4.

139 Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 49.

140 Luhmann 2007 (1997): 684 e ss.

141 Luhmann 2000 (1996).

142 Luhmann 2000 (1996): 65.

A resposta de Luhmann é categórica, pero como sempre, ao mesmo tempo, irónica e lonxe das análises habituais: “os medios para as masas difunden ignorancia, e para que esta non se note, realízana baixo a forma de feitos que deber ser permanentemente renovados”¹⁴³.

A función dos MM é *dirixir a autobservación do sistema social*¹⁴⁴. A súa función é indicarlle a sociedade cara a onde observar. Debe recordarse que vivimos nunha sociedade que non pode observarse a si mesma, pola súa complexidade e policontextualidade. Os MM diferéncianse como sistema parcial tras a difusión das telecomunicacións. Os MM utilizan medios técnicos de reprodución masiva, dirixida a receptores descoñecidos: “*entre o emisor e o receptor non debe haber interacción entre presentes*”¹⁴⁵. Son pois propios das sociedades modernas, pois nelas *a falta de contacto inmediato asegura altos graos de comunicación*. Funcionan sempre coa dúbida sobre a súa realidade, sobre a validez do que transmiten, que lles é, polo tanto, constitutivo. Aumentan a comunicación e vólvena normal. Aseguran ao mesmo tempo suficiente redundancia e variedade nas situacións de alta complexidade esixidas pola sociedade moderna.

Os MM ofrecen aos outros sistemas parciais a difusión das súas comunicacións, “*garanten a tódolos sistemas funcionais unha aceptación social ampla*, e aos individuos garántenlle un presente coñecido, do cal poidan partir para seleccionar un pasado específico ou expectativas futuras referidas aos sistemas”¹⁴⁶.

A realidade dos MM é dobre, segundo Luhmann. Por un lado a tecnoloxía é so o medio co que a comunicación é posible, e por iso non excesivamente relevante. Por outro lado, a realidade dos MM está en *xeneralizar a observación de segundo orde*, de aí que a dúbida sobre a súa veracidade sexa a súa clave. Fano creando a necesidade de máis información, recreándose constantemente a si mesmos, aumentando a complexidade da armazón de sentido¹⁴⁷. Dado que os MM xeneralizan a observación de segundo orde, creando cultura, son a memoria instantánea do sistema social. Crean a sensación de liberdade de elección na redundancia creada por eles mesmos.

*“A realidade dos mass media é a realidade da observación de segundo orde. Os medios de masas substitúen as tarefas do coñecemento que noutras formacións sociais estaban reservadas a sitios de observación privilexiados, os sabios, os sacerdotes, os nobres, o Estado: as formas de vida que estaban privilexiadas pola relixión ou pola ética política”*¹⁴⁸.

A ciencia como sistema social non é a única que constrúe realidade, senón que os medios de masas o fan constantemente. Por iso, todo os que os seres humanos saben sobre a sociedade e sobre o mundo é construído a través dos MM. Sobre a psiquiatría e as Enfermidades Mentais Graves veremos despois a súa importancia.

Só unha teoría que integre os MM dentro da sociedade moderna poderá describir a súa función operativa sen repetir inxenuidades. Luhmann responde á pregunta pola posibilidade dunha observación dos MM dende si mesmos afirmando que é imposible. O que xeneralizan é a lóxica da observación

¹⁴³ Luhmann 2000 (1996): 39.

¹⁴⁴ Luhmann 2000 (1996): 139.

¹⁴⁵ Luhmann 2000 (1996): 3.

¹⁴⁶ Luhmann 2000 (1996): 142, subliñado noso.

¹⁴⁷ Luhmann 2000 (1996): 121.

¹⁴⁸ Luhmann 2000 (1996): 123-4.

permanente de segundo orde, é dicir, a *necesidade de formularse sempre o paradoxo que supón observar*: “Deus morreu”- e o que isto quere dicir é: o último observador non se pode identificar”¹⁴⁹.

“¿Como é posible aceptar as informacións sobre o mundo e sobre a sociedade coma se se tratasen de informacións sobre a realidade, cando se sabe *como* se produce esa información”¹⁵⁰. Luhmann entende que a diferenciación dos MM sucedeu ao aparecelo que el denomina campos programáticos dos MM: noticias e reportaxes, publicidade e finalmente o entretemento co seu código informable / non informable.

A realidade dos medios de masas é facer sempre necesaria a comunicación en situacións de alta complexidade, é dicir, xeneralizar a observación de segundo orde. Na sociedade actual, a función coa que se diferenciaron os MM é esencial. Ao xeneralizar esta observación de segundo orde dirixen a autoobservación da sociedade e son os encargados da creación da propia realidade. Son as “empresas” encargadas de producir (vender) realidade¹⁵¹.

Os Imaxinarios sociais: *scripts* opacos da sociedade complexa

Finalmente imos fixarnos nun tipo especial de distinción: os imaxinarios sociais. Estes constrúense socialmente sobre a distinción opacidade / relevancia na definición do real. Os sistemas sociais funcionan cunha construción da realidade difundida polos diferentes subsistemas parciais, en especial, os medios de comunicación de masas. A construción social da realidade faise con imaxinarios sociais que converten en latente (opaco), a enfermidade por exemplo, facendo relevante o seu oposto, as saúde. Deste xeito “permiten” a observación da realidade. Establecendo así os ideais imaxinarios cos que soñar.

Os Imaxinarios Sociais fannos ver a realidade ocultando as imperfeccións. Xeran esperanza ao tempo que ocultan as razóns para a desesperanza. Non son polo tanto, en coherencia coa socioloxía de Luhmann, pechados ao sistema social, de aí que o seu nome aluda á imaxinación pola súa apertura. Ofrecen dende elementos imprecisos unha visión imaxinaria da realidade, xeneralizando observacións e integrándoas sen reflexión ningunha. Pero conteñen ademais elementos para a mutación evolutiva do sistema. O sistema social diferenciado funcionalmente contemporáneo opera xerando comunicacións sobre os imaxinarios sociais. Os imaxinarios sociais fan plausible a comunicación en situacións de alta complexidade ao reducir esta con observacións sobre a diferenza (forma) relevancia / opacidade. Os imaxinarios sociais¹⁵² son pois esquemas de observación, Luhmann fala de *scripts*¹⁵³ nun sentido similar. Cada imaxinario social apunta un elemento dunha distinción como relevante, ocultando o carácter de selección co que funciona o sistema social. Con repeticións recursivas fan plausible a súa propia relevancia. Os medios de comunicación de masas, como memoria do sistema social, son esenciais para a xeración, uso e difusión dos imaxinarios sociais¹⁵⁴.

¹⁴⁹ Luhmann 2000 (1996): 169.

¹⁵⁰ Luhmann 2000 (1996): 173.

¹⁵¹ Pintos 1997.

¹⁵² "... aquellas representaciones colectivas que reñen os sistemas de identificación e de integración social e que fan visible a invisibilidade social", J.L. Pintos 1995: *Los imaginarios sociales: La nueva construcción de la realidad social*. Madrid: Fe e Secularidad; p.8.

¹⁵³ Luhmann 2007. Os *scripts* son guións preescritos en forma de expectativas en dobre continxencia para asegurar o éxito da información.

¹⁵⁴ "...los imaginarios sociales teñen unha función primaria que se podería resumir como a elaboración e distribución xeneralizada de instrumentos de percepción da realidade social construída como realidade existente" Pintos 1995: 11.

O subsistema parcial da medicina e a psiquiatría.

“O fin do médico consiste en intervir cando un individuo non se atopa en condicións de ser unha base orgánica ou psíquica para a comunicación”¹⁵⁵.

A sociedade diferénciase por funcións en sistemas parciais¹⁵⁶. A medicina é un sistema parcial. A súa *función é a curación dos enfermos*. Oriéntase ao contorno e os problemas observados nel. A comunicación no sistema médico ocúpase das condicións orgánicas/mentais dos sistemas psíquicos. A intervención do médico prodúcese cando as devanditas condicións do contorno impiden a comunicación. A solución do problema médico *non está só* na comunicación. O diagnóstico e a terapia buscan a restitución da comunicación

A medicina é un subsistema parcial da sociedade coa función é curar enfermos. Opera co código enfermo / san, situándose do lado da enfermidade pois é esta a que fai perigala comunicación e polo tanto o sistema social. No sistema médico a comunicación xérase do lado da enfermidade (valor positivo do código), e ao estar orientado preferentemente cara ao contorno (sistemas orgánicos na biomedicina occidental), e non cara á comunicación, carece dun medio de comunicación xeneralizado. A medicina non xerou un medio de comunicación xeneralizada como os outros subsistemas parciais, así que a comunicación nela basease na vontade de intercambio de comunicación (altamente improbable) e o aparato técnico de coñecementos xeneralizados pola ciencia, os medios de comunicación de masas usados pola medicina.

O sistema médico establece un vínculo social entre os sistemas psíquicos e os sistemas vivos (corpo humano) a través do sentido que crea co seu código san / enfermo. Co seu código xéranse expectativas de comunicación que fan plausible a comunicación. Como tódolos subsistemas parciais da sociedade funcionalmente diferenciada o sistema médico ten interdependencias con outros subsistemas parciais: especialmente cos medios de comunicación de masas (pois para cumprir a súa función necesita difundir ás masas as súas seleccións), co subsistema político (a medicina depende das seleccións do poder) e co económico (a medicina require unha alta financiación que nunha situación de recursos limitados é validada politicamente).

A enfermidade é importante polas relacións entre dous sistemas autopoieticos diferentes: o corpo e a conciencia. A conciencia observa indirectamente ao corpo a través de representacións. Pero só a través da representación do corpo, a conciencia sabe que existe simultaneidade algo exterior a si mesma. A dor é polo tanto o medio polo que o corpo importuna a conciencia. Reduce a complexidade ao vincular a atención ao corpo, ao solicitar axuda ao sistema médico.

A psiquiatría é un sub especialidade do sistema médico que xera comunicacións sobre a enfermidade mental (loucura) co código enfermidade mental / saúde mental. O estatuto da psiquiatría é problemático porque o seu campo de actuación é precisamente o contorno do acoplamento estrutural entre o corpo (sistema orgánico), a conciencia (sistema psíquico) e a sociedade. Dende a instauración dos Hospitais e os Sistemas de Seguridade Social o subsistema médico especializouse infinitamente. A

¹⁵⁵ Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 103.

¹⁵⁶ Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 103-105.

distinción básica coa que opera o sistema médico (san / enfermo) superpúxose á distinción orgánico / mental (psíquico - psiquiátrico) no caso da sub especialidade psiquiátrica. Da mestura dos dous códigos nace o código enfermo mental / cordo, situándose a psiquiatría no *difícil campo do orgánico pero mental*¹⁵⁷. Como tódolos coñecementos médicos a definición comunicada da enfermidade mental / saúde ou a cordura, é social. Con ela faise plausible o funcionamento do sistema social. O psiquiatra busca devolver a funcionalidade (orgánica, psíquica e social) ao enfermo mental.

Na enfermidade mental ou loucura os psiquiatras atopan unha grande dificultade comunicativa pois na loucura a interpenetración entre sistemas psíquicos, sociais e orgánicos veuse rota. O contorno ofrece na loucura unha constante irritación ao psiquiatra. Na loucura o mal funcionamento é multidimensional¹⁵⁸: hai elementos orgánicos que a psiquiatría dende Kraepelin intentou definir claramente, non sempre con éxito; hai elementos psicolóxicos que a psicanálise empeñouse en converter en únicos; e hai elementos sociais¹⁵⁹. Todos eles forman parte da semántica da Psiquiatría xerada ao longo da súa historia. Semántica que analizaremos polo miúdo no seguinte capítulo.

A psiquiatría xera *descricións* das enfermidades mentais. Unha descrición non é, por suposto, algo orgánico, senón só parte do sistema médico e científico. A función do psiquiatra é provocar cambios conducentes a cambiar a enfermidade en saúde, ou forxar cambios que permitan vivir coa condición de enfermidade detectada. O psiquiatra xera comunicacións recursivas en forma de expectativas. Con esta comunicación quere “devolver” funcionalidade a un sistema psíquico e/ou orgánico en mal estado.

¹⁵⁷ Pénsese que cada vez que ao longo da historia da psiquiatría unha enfermidade era recoñecida como eminentemente orgánica automaticamente pasaba a formar parte da medicina non psiquiátrica. Valería como exemplo o da sífilis (véxase Shorter 1997).

¹⁵⁸ A definición de trastorno mental dun dos manuais de diagnóstico psiquiátrico máis populares déixao bastante claro: "cada trastorno mental é conceptualizado como unha síndrome ou un patrón de comportamento ou psicolóxico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dor), a unha minusvalidez (p. ej., deterioración nunha ou máis áreas de funcionamento) ou a un risco significativamente aumentado de morrer ou de sufrir dor, minusvalidez ou perda de liberdade. Ademais, esta síndrome ou patrón non debe ser meramente unha resposta culturalmente aceptada a un acontecemento particular (p. ej., a morte dun ser querido). Calquera que sexa a súa causa, debe considerarse como a manifestación individual dunha disfunción no comportamento, psicolóxica ou biolóxica. Nin o comportamento desviado (p. ej., político, relixioso ou sexual) nin os conflitos entre o individuo e a sociedade son trastornos mentais, a non ser que a desviación ou o conflito sexan síntomas dunha disfunción. Unha concepción errónea moi frecuente é pensar que a clasificación dos trastornos mentais clasifica as persoas; o que realmente fai é clasificar os trastornos das persoas que os padecen". Subliñados nosos, American Psychiatric Association 1992 DSM-IV.

¹⁵⁹ Se podería citar moitas revolucións, como veremos, na historia da semántica da psiquiatría: a "liberación" dos tolos na Revolución francesa; a revolución da psiquiatría biolóxica de Kraepelin no século XIX e cos novos fármacos a partir dos anos 50 e 60 do século XX unha nova gran transformación; a revolución da psiquiatría psicolóxica de Freud e a psicanálise con tódalas terapias que xerou; a revolución da antipsiquiatría de Laing, Bassaglia e Cooper que introducía elementos sociais e políticos nas formulacións psiquiátricas; a revolución da reforma psiquiátrica de sector. Véxase na bibliografía as referencias para cada un dos autores citados.

Premisas luhmanianas.

A socioloxía de Luhmann exposta ao longo deste capítulo sintetizámola a continuación en vinte e cinco teses. Ordenámolas na mesma secuencia na que acaban de ser explicadas. Numerámolas para facilitar referencias posteriores. Ao final de cada unha indicamos entre paréntese os conceptos clave empregados na súa enunciación, sempre nunha complexidade conceptual crecente. Cada tese convértese a partir deste momento nunha premisa na construción da socioloxía médica desta investigación. Cada unha é a base de observación da nosa investigación sobre a EMG en Galicia.

1.A.

[Tese 1] Unha observación é unha operación baseada no establecemento dunha diferenza e indicación dun dos lados. Toda observación parte dun punto cego que a constitúe e a converte, dende o paradoxo, en comunicable e pensable [Observación, diferenza, forma,].

[Tese 2] A observación de segundo orde é a observación doutras observacións e observadores. Só dende unha observación de segundo orde é detectable o punto cego doutra observación [observación de segundo orde].

[Tese 3] Un sistema é un conxunto de elementos relacionados entre si mediante unha operación autorreferente e autopoietica fronte a un contorno. Un sistema é a diferenza establecida co seu contorno, pechado sobre esa diferenza sobre si mesmo [sistema /contorno, autorreferencia, autopoiesis, clausura operativa,].

[Tese 4] A complexidade é a imposibilidade dun sistema de ofrecer unha observación, e polo tanto de comunicala, da totalidade de elementos que o constitúen. Para ofrecer unha descrición de si mesmo, sempre parcial, debe de eliminar cousas, debe elixir, debe seleccionar [complexidade].

[Tese 5] Un *sistema psíquico* constrúese no conxunto de todas os pensamentos con sentido posibles. A súa operación é a conciencia, sendo a memoria o pensamento recursivo do sistema psíquico. Un *sistema social* constrúese no conxunto de toda as comunicacións con sentido posibles (a súa operación), sendo a cultura a memoria recursiva do sistema social [sistema psíquico, sistema social, cultura].

[Tese 6] A comunicación é a operación coa que se diferencia o sistema social. Comunicar é asegurar a selección da observación nunha situación de dobre continxencia. A comunicación é sempre improbable [comunicación, dobre continxencia,].

[Tese 7] O sentido é o medio no que sistemas psíquicos atopanse acoplados e interpenetrados. O sentido é a selección de posibilidades (pensamento e comunicación) en situación de dobre continxencia. O sentido é a ferramenta básica para o acoplamento estrutural entre sistemas psíquicos e sistemas sociais [sentido, linguaxe,].

[Tese 8] A semántica é a acumulación de sentidos no interior dun sistema, é a cultura ou memoria dun sistema [semánticas; cultura].

[Tese 9] Acoplamento estrutural define a interpenetración entre dous sistemas, sendo o un o contorno do outro. Cada sistema acoplado pon a disposición do outro a súa complexidade a través da linguaxe [acoplamento estrutural, interdependencia, linguaxe].

[Tese 10] Unha interacción (familiar) é un sistema social cara a cara en dobre continxencia. Unha organización (asociación, hospital) é un sistema social con regras de pertenza e decisión. Unha sociedade é un sistema social complexo onde hai diferenciación social interna [interacción, organización, sociedade, diferenciación social,]

[Tese 11] Non existe ningún sistema social que manténdose igual non cambie. A evolución dos sistemas sociais é co-evolución cos sistemas psíquicos ata alcanzar a diferenciación funcional en contextuRalidad [evolución].

[Tese 12] As sociedades segmentadas en estamentos (por territorio ou parentesco) evolucionan ata o sistema sociedade funcionalmente diferenciado [diferenciación social en estamentos, segmentaria ou funcional,].

[Tese 13] A evolución non leva consigo, necesariamente, a desaparición dos sistemas preexistentes dos que emerxen os novos [co evolución, permanencia sistemas].

[Tese 14] A sociedade funcionalmente diferenciada contén subsistemas sociais parciais (economía, medicina, educación...) que se diferencian por funcións ofrecéndose prestacións (observacións) entre si. Dende as sociedades estamentais medievais emerxe a partir do Renacemento en Europa a diferenciación funcional conducente ao sistema sociedade omniabarcante e pluricontextuRal. [subsistemas, prestacións,].

[Tese 15] O sistema familia, baseado en interaccións, ten como función incluír a persoa (forma) na comunicación. No interior do sistema familia rexe a intimidade, onde nada queda fóra da comunicación, sendo o amor o medio onde se establece esta comunicación íntima e persoal. A diferenciación social xorde ao necesitar este sistema ampliar a súa función coa crecente complexidade [sistema familiar, interacción, amor].

[Tese 16] O sistema xurídico diferenciouse para cumprir a función de manter a estabilidade das expectativas comunicativas aínda no caso de que estas non se cumpran [dereito].

[Tese 17] Os Medios de comunicación de masas son un subsistema do sistema sociedade especializado en facer máis probable o éxito da comunicación ao xeneralizar a observación de segundo orde [Medios de Comunicación de Masas].

[Tese 18] O sistema social diferenciado funcionalmente contemporáneo opera xerando comunicacións cos imaxinarios sociais. Os imaxinarios sociais fan plausible a comunicación en situacións de alta complexidade ao reducila coa diferenza relevancia / opacidade [imaxinarios sociais; relevancia / opacidade].

[Tese 19] O conflito e a protesta son sistemas sociais. As intrasporencias e os problemas do sistema social atopan nestes dous sistemas as claves do cambio e a evolución [sistema conflito / sistema protesta].

[Tese 20] A Ciencia da sociedade é un subsistema social na sociedade pluricontextuRal funcionalmente diferenciada que observa a sociedade xerando descrições. Analiza a semántica social permitindo descrições / auto descrições, do sistema social [subsistema ciencia, pluricontextuRalidad,].

[Tese 21] A socioloxía é parte do sistema ciencia. A súa función é ofrecer datos sobre a complexidade do sistema sociedade. Describirla función da socioloxía non é facer socioloxía [ciencia da sociedade, socioloxía,].

[Tese 22] A medicina ten como función restablecer os sistemas psíquicos para a comunicación. Funciona co código enfermo / san [sistema médico].

[Tese 23] A socioloxía médica é unha sub especialidade da Ciencia da sociedade que xera descrições do sistema médico para a sociedade no marco dunha sociedade complexa, pluri contextuRal e funcionalmente diferenciada [socioloxía médica]

[Tese 24] A psiquiatría é un sub- especialidade do sistema médico que xera comunicacións sobre a enfermidade mental (loucura) baseándose no código tolo / cordo. O estatuto da psiquiatría é problemático dado que o seu campo de actuación é precisamente o contorno do acoplamento estrutural entre o corpo (sistema orgánico), a conciencia (sistema psíquico) e a sociedade [psiquiatría].

[Tese 25] A socioloxía da enfermidade mental xera descrições sobre a comunicación da loucura no subsistema médica da psiquiatría [socioloxía da EMG].

Consecuencias metodolóxicas.

Se estas vinte e cinco teses son o noso marco teórico de observación, as nosas observacións sobre a EMG fundamentanse nunhas consecuencias (catro) metodolóxicas que paso a describir. Nos indican o camiño respondendo á pregunta sobre como construír a nosa investigación, son polo tanto os nosos *supostos* metodolóxicos. Enumerámoslos e indicamos as consecuencias directas ao aplicalos na nosa investigación, sinalando onde poderá observarse a súa aplicación.

1.B.

1. A nosa investigación debe centrarse en describir as *distincións* (formas) que permiten observar a EMG. Esas distincións xeraron unha semántica asociada á EM propia dos sistemas sociais especializados en abordala. Hai dous sistemas parciais, entre outros, directa e socialmente especializados na EMG: o sistema médico, coa psiquiatría como subespecialidade, e o sistema da ciencia (ciencia social na nosa observación). Os restantes subsistemas parciais (economía, educación, medios de comunicación de masas, etc.) achegan prestacións sobre a EM, pero non se especializaron nela.

Os dous capítulos seguintes (2 e 3) desta primeira parte céntranse nun estudo histórico da semántica da psiquiatría e a ciencia da sociedade aplicada á medicina. O obxectivo non é só facer unha revisión da bibliografía especializada, como *construír unha socioloxía médica luhmaniana*. Polo tanto, na descrición da EMG as distincións elaboradas polos subsistemas parciais forman parte do elenco semántico co que comunícase a loucura na sociedade contemporánea. Como se verá estes subsistemas parten de distincións do sistema social para elaborar as súas propias expectativas de comunicación. Na segunda parte desta tese estas distincións constitúen a arquitectura conceptual utilizada na comunicación das biografías dos entrevistados.

2. Un segundo elemento específico do noso procedemento de investigación é que buscamos observar especialmente as diferenzas construídas sobre a distinción opaco/visible para detectar os imaxinarios

sociais utilizados no sistema social para a comunicación da EMG. Ao longo de toda a nosa investigación iremos sinalándoos.

3. Un terceiro elemento esencial é o tempo. Será imprescindible, como xa indicabamos na introdución, observar sempre a evolución e o cambio das distincións e os imaxinarios sociais. Ter presente en todo momento o tempo. Por iso a nosa observación (a) será de biografías dos relacionados coa EMG, ao mesmo tempo que construiremos (b) unha observación da historia social en Galicia da EMG e as súas institucións.

4. Pero non se pode esquecer en ningún momento unha das características definitorias do sistema social contemporáneo: a súa complexidade. A nosa investigación describa esa complexidade capacitando o lector para a observación da EMG como unha parte dun todo inabarcable, pero é, por definición, incompleta.

Complexidade, evolución, imaxinarios sociais, distincións e semántica son os cinco conceptos clave da nosa metodoloxía. Con eles imos internarnos nos dous capítulos seguintes, aínda na construción da nosa perspectiva teórica, na historia da semántica da psiquiatría primeiro e da ciencia da sociedade despois, con dúas subespecialidades relevantes para o noso estudo: a socioloxía e a antropoloxía. Tras este percorrido deberemos engadir a *narratividade* e as *biografías* como elementos clave da nosa metodoloxía. Con elas estaremos xa en disposición de internarnos na segunda parte nos datos empíricos recollidos nesta tese.

Capítulo 2. A semántica do sistema médico e a psiquiatría.

Do Asilo á diferenciación da psiquiatría (ata finais do século XIX).

Hipócrates de Cos (século V ANE - século IV ANE) xunto a Galeno (130-200) foron, case en exclusiva, as referencias médicas oficiais en Occidente ata o final da Idade Media. Hipócrates formulou na Grecia clásica a teoría do equilibrio dos catro humores¹⁶⁰. A saúde nace da harmonía entre eles no corpo, mentres que a enfermidade é a súa alteración, por exceso ou por defecto, nalgún deles. No *corpus* hipocrático¹⁶¹ atopase un intento sistemático de encontrar un vínculo empírico entre o comportamento humano e o seu estado corporal.

Galeno (130-200)¹⁶², xa en época Romana, situou a razón no cerebro e defendeu que as causas da Enfermidade Mental podían estar, ben no organismo, ben na mente. O seu concepto clave foi o de espírito. Segundo Galeno tres elementos materiais sutís ou espíritos explican no seu equilibrio a saúde, e no seu desaxuste, a enfermidade.

Estas douas concepción son produto das sociedades da aristocracia ou segmentadas grega e romana. Nelas estableceuse unha semántica médica baseándose na *distinción equilibrio / desequilibrio*. O seu imaxinario de saúde atópase na excelencia virtuosa do nobre¹⁶³ sen que se diferencie aínda un sistema médico especializado cun coñecemento científico específico¹⁶⁴.

Na Idade Media occidental, co sistema social estamental do feudalismo cristiá, a medicina non se diferencia idealmente da relixión. Para a teoloxía cristiá a loucura é signo da guerra entre *Deus* e *Satanás* pola posesión da alma¹⁶⁵. Coincidindo co inicio da ruptura do “equilibrio” da sociedade estamental, ao final da Idade Media, a súa semántica espiritual relixiosa é explicitamente sistematizada nunha obra. H. Kramer (1430-1505) e J. Sprenger (1435-1495), dous inquisidores dominicos, dan a coñecer o seu *Malleus Maleficarum* en 1486¹⁶⁶. Trátase dun manual para a identificación da bruxa, con descrições ricas en detalle de todo o procedemento para detectar, facer confesar e castigar ás “servas de Satán”. O libro describelos poderes e prácticas dos bruxos, as súas relacións co demo, como descubrilos, a Inquisición necesaria, a cacharela, a tortura mental e física nunha cruzada contra a bruxaría. Esta obra de finais da Idade Media é á súa vez un manual didáctico detallado e unha lexitimación da necesidade de perseguilo mal. A posesión demoníaca e a súa “curación”, relixiosa teñen neste manual a mellor descrición “científica”¹⁶⁷. A semántica das sociedades estamentais europeas constrúese en torno á

160 Sangue, bile, bile negra e flegma; Laín Entalgo 1970; Mariño Ferro 1988.

161 Conxunto de obras atribuídas a Hipócrates, obras de toda unha xeración, ou escola, na Grecia clásica,

162 *Enciclopedia Británica* 1998; Galeno 1997, 2002, 2003.

163 Mariño Ferro (1988) identifica esta teoría do equilibrio coa sociedade tradicional do campesiñado galego e a súa medicina popular. Mariño constrúe tódalas súas etnografías baseándose nesta identificación, véxase Mariño Ferro 1984, 1985, 1987, 1988, 1989, 1992 e 2000. A súa teoría é metaforicamente coherente, aínda que fai da sociedade galega unha illa nun mundo dende hai séculos interconectado.

164 Mariño Ferro (1985, 1986, 1988) ordena toda a Medicina Tradicional Galega baseándose nunha referencia simbólica ao *corpus* hipocrático e a reinterpretación “cultural” Galega.

165 Porter 1989:27-28.

166 Kramer-Sprenger 2005 (1486).

167 O equivalente funcional do sistema científico moderno atopa na Europa da época nos tratados e *Summas* enciclopédicas, e nos sucesivos catecismos e manuais para a realización do “correcto” exorcismo.

relixión, sen diferenciar un sistema médico cunha produción científica independente. O imaxinario da enfermidade non física constrúese en torno ao espírito e a alma posuídos polas forzas do mal¹⁶⁸.

Con Paracelso (1493-1541) no seu tratado *Sobre as enfermidades que privan da razón*¹⁶⁹ iníciase a diferenciación teórica no Renacemento dunha explicación non relixiosa das causas naturais das doenzas, ofrecendo tamén nesta obra unha clasificando das enfermidades que privan da razón¹⁷⁰. É o inicio dunha nova semántica da enfermidade en xeral, e da enfermidade mental en particular. Os pobres, indesexables sociais ou enfermos acumulábanse na Idade Media nas leproserías, arredores dos pazos feudais, as urbes e os mosteiros¹⁷¹. No século XV constrúense hospicios e hospitais para os pobres, aparecen os Asilos¹⁷² de beneficencia urbana¹⁷³ de carácter relixioso. Neles a observación médica¹⁷⁴ sistematízase e en diferentes lugares de Europa xorden propostas para “ordenar racionalmente” o tratamento dos alí ingresados. A medicina en xeral e a psiquiatría en particular diferéncianse nestas institucións nas urbes medievais primeiro e nas grandes cidades renacentistas despois. Coa Ilustración nos séculos XVI e XVII acumúlanse obras con propostas de intención científica para describila arquitectura interna da mente e do cerebro, vaise difundindo así a semántica da situación nervioso-cerebral dos problemas antes inscritos na semántica relixiosa do espírito ou dos humores¹⁷⁵.

Ph. Pinel (1745-1826) é nomeado durante a Revolución Francesa director do Asilo *La Salpêtrière* no París do 1795. Pasou á historia da semántica da psiquiatría pola “liberación da loucura”¹⁷⁶. “Liberou” os enfermos mentais das cadeas físicas coas que eran reducidos e confinados para sometelos á que denominou “terapia moral”. No seu *Tratado da loucura*¹⁷⁷ diferenciou catro tipos de EM: manía, melancolía, *idiocia* e demencia. A EM atopa aquí a súa orixe na herdanza e as influencias ambientais¹⁷⁸. Esixiu unha especialización do tratamento mediante un corpo experto de médicos dedicados á atención dos “alienados”. O seu discípulo E. Esquirol (1782-1840) popularizou a “terapia moral”¹⁷⁹ defendida por Pinel, influíndo na promulgación dunha lei en 1838 onde a administración francesa obrigase a dispoñer

¹⁶⁸ No seu estudo sobre a Inquisición Lisón Tolosana (1990) analiza dende unha perspectiva antropolóxica este modelo e o seu uso cultural.

¹⁶⁹ Paracelsus 1992.

¹⁷⁰ Epilepsia, manía, loucura verdadeira, baile de San Vito e “*suffocatio intellectus*”; con cinco tipos de tolos: lunáticos, insáns, vesánicos, melancólicos e obsesos. Véxase: López Piñeiro 1990 e Laín 1994, 1998; Franz 1995.

¹⁷¹ Foucault 1985 (1961, 1972), 1999.

¹⁷² Na Coroa de Aragón tanto o *Hospital General da Sancta Creu de Barcelona* fundado en 1401 (Comelles 2006) como o *Hospital deas Innocents de València* fundado por Juan Gilaberto Jofrè o 1409 (Martín Carrasco 1994). Xunto coas naves dos tolos (Foucault 1985 (1961, 1972)), e as casas para repousos no Norte de Europa (Shorter 1997).

¹⁷³ Existen dúas controversias na literatura especializada asociadas neste punto (véxase Shorter 1997 e Foucault 1985 (1961, 1972)): primeiro ¿por que neste momento da historia de Europa aparecen en diferentes lugares institucións similares para pobres e descarreirados?, e en segundo lugar: ¿antes da aparición dos Asilos, a enfermidade mental era salvaxemente tratada ou pola contra tolerada indulxentemente na cultura campesiña? A resposta sociolóxica entrelaza diferentes variables na complexidade crecente do sistema social no cambio dende unha sociedade segmentada a unha funcionalmente diferenciada: aumento demográfico, acumulación urbana, transformacións na división social do traballo,...

¹⁷⁴ A clínica médica diferénciase na súa observación grazas a unha distinción doutros practicantes da época: Foucault 1986 (1963).

¹⁷⁵ Temos entre outras moitas as obras de Th. Willis (1621-1675) e Th. Sydenham (1624-1689) coas súas descrições anatómicas do cerebro; William Harvey (1578-1657) coa súa descrición do sistema de circulación do sangue; Rene Descartes (1596-1650) en *Tratado do home e da formación do feto* (1668) e *Tratado das paixóns da alma* (1646) apunta á “glándula pineal” como hipotético punto de unión do dualismo entre corpo e o espírito humano; G. E. Stahl (1659 -1734) clasifica as enfermidades do espírito en dous grandes grupos: simpáticas (con dano nalgún órgano) e patéticas (sen lesión orgánica identificade); ou finalmente W. Cullen (1710 -1790) que utiliza o termo “neurose” por primeira vez.

¹⁷⁶ Foucault 1985 (1961, 1972), Franz 1995.

¹⁷⁷ Pinel 1804.

¹⁷⁸ B. A. Morel (1809-1873) defendeu unha idea con moito éxito na semántica da psiquiatría: no seu *Tratado de enfermidades mentais* de 1860 postulou o carácter hereditario dalgunhas enfermidades mentais, asumíndose a existencia dunha predisposición herdable para sufrir a EM. Falou de “demencia precoz” para referirse á actual esquizofrenia cando a predisposición actuaba pronto.

¹⁷⁹ Propugnaba o uso moral da aversión intensiva: duchas xeadas, camisas de forza (Foucault 1985 (1961, 1972)) etc. para facer que foran internalizadosos patróns de xuízo e castigo moral da sociedade: Pinel 1804, Esquirol 2000.

dun asilo para dementes en cada departamento do país. A herdanza e o “ambiente” (moral / social) engádense á semántica da psiquiatría.

Entramos xa no século XIX no que o sistema ciencia se diferencia no sistema sociedade. A psiquiatría crea as súas bases semánticas sobre dúas grandes influencias de orixe alemá: Emile Kraepelin (1856-1926) e Sigmund Freud (1856-1939)¹⁸⁰.

E. Kraepelin (1856-1926) e as primeiras taxonomías: bioloxía da sociedade.

Nunha Alemaña con máis de 400 casas de acollida para insáns e 20 universidades en competencia, Emile Kraepelin (1856-1926) forxa a semántica dun “novo” concepto de enfermidade mental ligado a unha concepción orgánica e bioloxicista. A súa psiquiatría emerxe no corazón do positivismo e as doutrinas rexeneracionistas. As súas observacións son de enfermos nas “coleccións” de clasificados no interior de “manicomios morais”.

Emil Kraepelin defende así unha observación estritamente clínica: presuponse un fallo orgánico, e a narrativa do enfermo é o seu signo. O síntoma é un signo da enfermidade¹⁸¹. Kraepelin centrou a clínica. A clínica é ao mesmo tempo ferramenta diagnóstica e terapéutica, superior á formulación de hipótese e mesmo á anatomía patolóxica. Describiu e nomeou por “primeira vez” a *dementia praecox*¹⁸² e a psicose maníaco-depresiva. En 1883 publicou a primeira edición da súa obra máis importante: *Lehrbuch der Psychiatrie* cunha enorme difusión, alcanzando a novena edición en 1927¹⁸³. A súa influencia foi limitada fóra de Alemaña ata o primeiro terzo do século XX, cando a psiquiatría se diferencia como especialidade médica deixando atrás o seu carácter de “ciencia especial”, “alienismo” ou tratamento de “insáns”.

Dende antes de Kraepelin, pero tras el sempre asociada ao seu nome, a semántica da enfermidade mental e da psiquiatría están unidas á busca de fallos orgánicos para explicar os síntomas observables no comportamento. Hai dous exemplos clásicos de enfermidades inexplicables no seu momento das que se atopou un fallo biolóxico, cerebral, hereditario ou orgánico: son a enfermidade de Alzheimer por un lado, e a sífilis por outro. Os dous se convirten en paradigmas do imaxinario da psiquiatría máis organicista.

Alois Alzheimer (1864-1915) observou nunha paciente en 1901 os signos da enfermidade que leva o seu nome: perda de memoria de curto prazo, comportamento errático, etc. Publicou en 1906 os descubrimentos que fixo ao examinar *post mortem* o seu cerebro e atopar anormalidades nos seus tecidos. Ese mesmo ano dase a coñecer o primeiro test para a sífilis¹⁸⁴. Unha enfermidade infecciosa de transmisión sexual provocada por unha bacteria que, nas súas fases finais, leva consigo unha grande cantidade de síntomas neurolóxicos, similares aos síntomas presentados polas enfermidades mentais.

180 Nos EE.UU. D.H. Turke (1827- 1895) e J.C. Buknill (1817-1895) editan e presentan o primeiro tratado médico de psiquiatría coñecido.

181 Martínez Hernáez 2000: 113 e ss

182 O suízo Eugen Bleuler (1857-1940) no seu libro *Demencia precoz ou o grupo das esquizofrenias* (1911), afirmou que, como non todos os casos de demencia precoz evolucionan cara á demencia, era máis apropiado usar o termo “esquizofrenia”. Mencionou catro síntomas fundamentais nesta enfermidade: autismo, ambivalencia e alteracións na asociación e afectividade.

183 Kraepelin 1988, 1990, 1996.

184 August Paul von Wassermann (1866-1925) coñecido polo logo mellorado test Wassermann para a sífilis (*Enciclopedia británica*; Shorter 1997).

Tanto a sífilis¹⁸⁵ como a enfermidade de Alzheimer, para a que non existe un tratamento específico, alimentaron o imaxinario psiquiátrico. A esperanza da psiquiatría estivo dende entón en atopar explicacións para os signos das enfermidades psiquiátricas tan claros como nestes dous casos que, tradicionalmente habitaron as salas dos asilos sen curación e sen explicación. Unha vez descuberta a “causa” orgánica deixan de ser enfermidades mentais para ser tratadas por outras especialidades médicas: neuroloxía, xeriatria, médicos de familia...

No século da diferenciación funcional do sistema social a ciencia xera descrições do funcionamento cerebral que completan o imaxinario da EM e a semántica da psiquiatría. Comézase a descrición do sistema nervioso central. François Magendie (1783-1855) describe en 1822 a diferenza entre as fibras nerviosas sensitivas e as motoras. Claude Bernard (1813-1878) publica en 1858 o primeiro tratado científico de fisioloxía nerviosa. Camillo Golgi (1843-1926) desenvolve as técnicas de tingidura que permitirán o estudo histolóxico do cerebro. Santiago Ramón e Cajal (1852-1934) describe a unidade funcional básica do cerebro: a neurona.

Como complemento a esta esperanza bioloxicista da psiquiatría, dúas propostas terapéuticas alimentan o imaxinario social asociado: o electroshocke por un lado, e a lobotomía por outro. A historia dos tratamentos psiquiátricos merece por si mesma un estudo aparte¹⁸⁶, pois cos enfermos mentais intentouse todo, sempre cuns razoamentos social e medicamente aceptados¹⁸⁷. A lobotomía e o electroshocke son só dous exemplos do forte vínculo semántico entre terapias físicas asociadas ao funcionamento cerebral, e a enfermidade mental. Ambos os dous tratamentos sobreviviron ademais ao longo dos xiros da historia semántica da psiquiatría, estando hoxe en uso. Variaron só as xustificacións.

Edgard Moriz (1874-1955) recibiu o Premio Nobel de Medicina en 1949 co neurólogo suízo Walter Rudolf Hess (1881-1973) polo seu “descubrimento” do valor terapéutico da lobotomía en determinadas psicoses. A partir de 1935 e ata 1967, Egas Moniz iniciou co cirurxián Almeida Lima (1895-1985) na universidade de Lisboa a realización dunhas 50,000 leucotomías pre frontais¹⁸⁸. Cun pequeno cicel introducido a través da cavidade ocular sepárase a conexión entre a codia pre frontal e o resto do cerebro¹⁸⁹. Esta terapéutica séguese aplicando hoxe en día, con anestesia e escasa publicidade tras os excesos nazis e a eugenésia. Un bo exemplo é a autobiografía de Cathy Wiold (2006). Wiold, unha médica inglesa cunha depresión clínica intratable, narra como o único tratamento efectivo no seu caso foi o neurocirurxía. O imaxinario constrúese na súa narración nunha intervención directa sobre o cerebro que anula as membranas ou tecidos “enfermos” para curar o trastorno mental¹⁹⁰.

A terapia de shock tivo tamén unha longa historia na psiquiatría. O razoamento foi sempre a observación *pragmática* de que as convulsións “calman” fisicamente as causas da enfermidade mental.

185 Shorter (1997) defende que é a sífilis a que explicala proliferación no século XIX de internados nos asilos e en consecuencia, a diferenciación da psiquiatría como especialidade.

186 Foucault 1966; Emilio González describe os métodos usados en Conxo en 1975 (González 1977).

187 Abonde só unha breve lista dalgúns destes tratamentos para facerse unha idea: shocks de insulina e outras terapias de indución de comas, febre amarela ou malaria como terapias, duchas frías ou auga a chorro, curas de sono inducido, cadeiras de xiro, dislocación de articulacións....

188 Pero a historia de intervención cirúrxica no cerebro está documentada dende o neolítico, o mellor representante icónico é o cadro de H. o Bosco (1450-1516) *Extracción da pedra da loucura* no Museo do Prado.

189 Unha dos meus entrevistadas, María, psiquiatra da unidade de drogadependencias da asociación onde se recolleron a maior parte dos datos para esta tese, estudou a súa especialidade psiquiátrica con Almeida. O hospital universitario onde formouse contaba con grande cantidade de persoas lobotomizadas, María refírese a eles como “vexetais”, con escasa autonomía e cunha grande dependencia institucional ou familiar.

190 Unha actualización da xustificación médica ética desta semántica pode lerse en: Ponce 2006, ou tamén en Fink 1999 e Bulbena 1991.

As primeiras convulsións inducíronse con insulina, despois con outras substancias, ata chegar ao electroshocke eléctrico con anestesia para as depresións que non responden a ningunha outra terapia na actualidade. A semántica do procedemento foi evolucionando coa historia semántica da psiquiatría¹⁹¹. Este tratamento leva consigo unha intervención directa sobre a electricidade do cerebro e inducir unha crise que “calma e restablece” o equilibrio de neurotransmisores¹⁹². Ao igual que coa lobotomía o imaxinario da enfermidade mental como elemento cerebral reforzase ao mesmo tempo que se constrúe.

O inconsciente da sociedade: Sigmund Freud (1856-1939) e a psicanálise

Case ao mesmo tempo que Kraepelin outro médico austriaco Sigmund Freud (1856-1939) dá forma a outro dos elementos centrais da semántica da psiquiatría na nosa sociedade: a psicanálise. Antes que Freud, J.M. Charcot (1825-1893) un médico francés, diferenciou entre pacientes con lesións orgánicas e os síntomas das enfermidades de orixe psicolóxica ou “histérica”. A estes últimos atribuíulles un trauma psicolóxico como orixe, sendo os recordos traumáticos almacenados, no que denominou “inconsciente”, os “causantes” dos síntomas físicos observables. A terapia que Charcot probou baseábase nun achegamento a ese inconsciente a través da hipnose.

Sigmund Freud elaborou quizais a teoría sobre a orixe da enfermidade mental máis popular na historia da semántica da psiquiatría: a súa psicanálise é un procedemento terapéutico de cura e achegamento a eses traumas definidos pro Charcot, tras comprobar Freud a a escasa efectividade da hipnose. A EM non é para a psicanálise un fallo orgánico ou cerebral, senón un “erro” na constitución do equilibrio psicolóxico persoal. O eu, a personalidade, responde coa enfermidade mental porque aprendeu a facelo así. A terapia a través das conversacións co terapeuta do psicoanálise permite descubrir o erro e “recanalizalo”. Quizais enlazado coa idea de culpabilidade cristiá, e sen contar con ningunha proba científica, a psicanálise alimenta a semántica social da psiquiatría. A EM require escoitar o paciente para indagar os seus traumas¹⁹³.

A psicoloxía como ciencia.

No mesmo século XIX diferénciase ao interior do sistema ciencia a psicoloxía¹⁹⁴. Na mesma Alemania de Kraepelin, W. Wundt (1832-1920) crea en Leipzig un laboratorio de psicoloxía experimental. Seguindo a inspiración do positivismo Wundt imita o imaxinario da Física: como os físicos posúen os seus instrumentos de observación, a ferramenta dos psicólogos é a auto observación experimental ou introspección. Mediante medidas obxectivas descríbense os complexos e cambiantes procesos mentais que resultaban das conexións creativas dos dous elementos básicos da vida mental: as

191 Durante os anos de predominio semántico na psiquiatría da psicanálise primeiro e da antipsiquiatría despois, que analizamos nun momento, esta terapia tivo moi mala imaxe. Pénsese na película *Alguen voou sobre o niño do cuco* nos anos sesenta do século XX baseada na obra de Kesey do mesmo título (Kesey 1988), ou en *Inocencia roubada* nos noventa, baseada na obra de Keyser titulada *Girl, Interrupted* (Kaysen 1994). Para a imaxe da psiquiatría e da enfermidade mental no cinema véxase: Gabbard-Gabbard 1999.

192 Véxase Shorter 1997, pero especialmente Shorter-Healy (2007) onde se mostra a historia da semántica deste tratamento cunha defensa apaixonada da psiquiatría biolóxica.

193 A psicanálise imperou en América durante boa parte do século XX (Luhmann 2000), xerando en interacción con todos os elementos da semántica que vimos describindo, todo un conxunto de terapias de moi diversa índole. Non describimos aquí, por motivos de brevidade, toda a plétora de escolas existentes (Mandolini 1982; Schawrtz 2000), dende as jungianas ata as lacanianas, limitámonos a sinalalos elementos esenciais integrados xa semántica da psiquiatría e do sistema social.

194 Carpintero 1976, 1993, 1996, 2004.

sensacións¹⁹⁵ e sentimentos segundo Wundt. Posteriormente a psicoloxía da forma (*Gestalt*) centra a psicoloxía na percepción como a base de construción dos sistemas psíquicos¹⁹⁶.

O outro pilar da psicoloxía científica desenvólveo con supostos diferentes o ruso I. Pavlov (1849-1936) nos seus experimentos sobre aprendizaxe. Nace o conductismo e a psicoloxía do comportamento: a psicoloxía non pode basearse na introspección ou no inconsciente, afirma Paulow, senón na observación, medición e modificación da conduta observable. A mente humana constrúese sobre o comportamento, non sobre elementos ocultos ou reprimidos. B. F. Skinner¹⁹⁷ (1904-1990) engade elementos esenciais na semántica da psiquiatría ao “popularizar” as técnicas de modificación da conduta¹⁹⁸.

A psicoloxía no sistema social do século XXI inclúe unha infinidade complexa de terapias psicolóxicas de inspiración diversa. Na semántica das enfermidades mentais, como veremos, existe no sistema social unha “confusión obstinada” entre os campos da psiquiatría e a psicoloxía. O imaxinario social asigna ao psiquiatra as Enfermidades mentais graves, mentres que apunta ao psicólogo tódolos trastornos leves, suaves e de “doada” solución. A psicoloxía achega test, medición de condutas e unha complexa rede de propostas no relativo ás EMG que fan emerxer, en coordinación cos restantes temas da historia que estamos a narrar, elementos novos.

Século XX: a farmacoloxía.

A semántica da psiquiatría repousa no século XX sobre a complexa rede de sentidos que emerxeu na diferenciación do sistema sociedade e que vimos describindo. Todos eles serven de acervo de sentido, en solitario e interactuar, no sistema sociedade do presente. Ao longo do século XX fóronse engadindo algúns elementos máis que pasamos a describir: en primeiro lugar, a *farmacoloxía*.

Durante a primeira metade do século XX os enfermos mentais acumulábanse nos manicomios, cada vez máis grandes debido ao aumento demográfico¹⁹⁹. Co desenvolvemento industrial, a farmacia xeneraliza no sistema económico os descubrimentos científico-técnicos da psico-farmacoloxía. En 1952 os psiquiatras franceses Jean Delay (1907-1987) e Pierre Deniker (1917-1998) demostran as propiedades anti psicóticas da *clorpromazina*. Esta substancia significou o primeiro tratamento efectivo difundido contra os síntomas máis agudos das enfermidades mentais graves, pois ao comezar o século XX só se coñecían cinco fármacos con propiedades sedantes: o *bromuro*, o *hidrato de cloral*, o *paraldehído*, o *uretano* e o *sulfonal*²⁰⁰. En 1912 difúndese a *fenobarbital* e con el sintetízanse uns 2,500 barbitúricos, dos que só cincuenta son utilizados comercialmente²⁰¹. O razoamento médico atribúe ás moléculas do fármaco unha actuación entre os neurotransmisores, “confirmando” coa súa efectividade a orixe fisio-

195 Antes que Wundt, alimentando as súas propostas, E. H. Wéber (1795-1878), G. T. Fechner (1801-1887) e H. von Helmholtz (1821-1894) uniron os fenómenos mentais cos corporais ao medir as sensacións auditivas e ópticas como base do acontecemento psíquico.

196 Inspirada na fenomenoloxía e nas propostas de F. Brentano (1838-1917) a psicoloxía da *Gestalt* (forma) foi fundada entre outros por Max Wertheimer (1880-1943).

197 Skinner 1971, 1986.

198 A psicoloxía cognitiva (Varela 1990) e a psicoloxía sistémica (Bollini 1994) unifican os dous elementos ao emerxer como síntese xa no século XX das propostas fundadoras (introspección e conductismo) da semántica da ciencia psicolóxica cun enfoque pragmático.

199 Weeks 1984; Echevarria 1999.

200 Angell 2006 (2005); Gorman 1997; Janicak-Davis 1997; Kahn-Lawrence 2008; Luhrmann 2000; Shorter 1997; Valestein 2002, seguimos estes autores ademais de varios artigos da *Enciclopedia Británica*.

201 *Enciclopedia Británica*. Os barbitúricos foron pouco a pouco substituídos polas benzodicepinas (*Valium*), xeneralizados para o “tratamento” de infinitas enfermidades dos “nervios” a nivel mundial.

patolóxico do trastorno mental. O *haloperidol*, nomee comercial dun anti psicótico en uso, descríbese así como a primeira “camisa de forza química”. Nos seguintes anos aparecen novos anti psicóticos. En 1960 sintetizouse a *clozapina*, o primeiro dos denominados anti psicóticos atípicos.

O segundo pilar da industria psico-farmacolóxica controla quimicamente os cambios de humor. En 1949 o psiquiatra australiano John Cade (1912-1980) experimenta con éxito os efectos do litio para o tratamento de pacientes maniacos. O seu uso para a estabilización das enfermidades bipolares tardou en xeneralizarse debido á toxicidade dos sales de litio. Para cada paciente é necesario atopar o nivel óptimo de saturación ao límite da toxicidade. En 1957 o psiquiatra suízo Roland Kuhn (1912) e o psiquiatra norteamericano Nathaniel Kline (1916-1983), demostraron respectivamente os efectos antidepressivos da *imipramina* (do grupo dos *tricíclicos*) e da *fenelzina* (do grupo dos inhibidores da *monoaminoxidasa*). En 1987 introduciuse a *fluoxetina* (*Prozac*), o primeiro inhibidor selectivo da re-captación da *serotonina*, un neurotransmisor.

A semántica da psiquiatría no sistema social contemporáneo ten pois entre os seus elementos esenciais, os nomes propios da industria química²⁰². En cada rexión comercial ou país os nomes comerciais varían e variaron co tempo, así, o que en España se comercializa como *Sinogan* para os sales de litio durante os anos setenta en Estados Unidos se vendeu con outro nome (*Eskarlith*)²⁰³. Pero os elementos químicos, e as empresas multinacionais que os poñen no mercado, son idénticos.

Basicamente pódense dividir en catro grandes familias os fármacos comercializados para as Enfermidades Mentais Graves²⁰⁴: en primeiro lugar, os fármacos para os síntomas psicóticos agudos (*Halopelidol*, *Risperdal* etc. para as esquizofrenias e períodos maniacos); en segundo lugar, os estabilizadores dos cambios de humor como os sales de litio: O terceiro gran grupo fórmalo os antidepressivos (como o *Prozac*: símbolo e icona cultural²⁰⁵). Finalmente, as substancias para o tratamento dos trastornos de ansiedade. Son en principio as *benzodiazepinas* co *Valium* ou *Xanax* como nomes comerciais, pero hoxe tamén os ansiolíticos que non son da familia das *benzodiacepinas*. A industria das drogas legais para os tratamentos de síntomas de EM leves ou graves move miles de millóns de euros en todo o planeta²⁰⁶.

Século XX: Psiquiatría biolóxica, a serie de DSMs (*Diagnostic Statatrics Manual*).

Outro elemento da semántica da psiquiatría nos séculos XX e XXI é o *predominio* da psiquiatría biolóxica. Este se reforza e reforza tres compoñentes: a farmacoloxía que describimos, a creación de manuais internacionais de clasificación da EMG, que detallamos nun momento; e finalmente, un terceiro elemento: a asociación entre xenética, evolucionismo e psiquiatría na denominada psiquiatría evolucionista. Esta última aínda emerxente e que tamén describimos a continuación..

A tese da existencia unha causa biolóxica para as EMG, tras uns anos de non ser a convicción fundamental, volveu dende os anos oitenta do século XX ao ir gañando terreo ás teses da psicanálise e a

202 Moito máis se ao descubrimento e difusión comercial dos fármacos sumamoslle a universalización da cobertura sanitaria e as receitas da seguridade social galega, como veremos máis adiante.

203 Preston-O'Neil 1998. A importancia destes nomes para a comunicación da EMG verase claramente ao describir e analizar a interacción entre enfermos, persoal sanitario-xestor e os familiares.

204 Preston-O'Neil 1998; Hahn-Lawrence 2008: 96-117.

205 Kramer 1993, 2006 (2005); Wurtzel 1994.

206 Op. Cit.

psicoloxía. Imos describir de forma concisa a complexidade da historia dun dos sistemas de clasificación internacional dominantes para as enfermidades mentais: o Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM) para as EM da Asociación Americana de Psiquiatría (APA). A historia deste manual é un bo exemplo da complexidade do funcionamento da semántica da psiquiatría no sistema sociedade do presente.

A Clasificación Internacional das Enfermidades (CIE)²⁰⁷ da Organización Mundial da Saúde (OMS) xorde en 1948 tras a constitución da Organización das Nacións Unidas. A OMS recolle así na súa sexta edición a tradición da “Lista de causas de morte” do *Instituto Internacional de Estatística* en 1893²⁰⁸ e inclúe por primeira vez os Trastornos mentais. A CIE baixo a dirección da OMS incluíu non só a mortalidade senón estatísticas de morbilidade en, ata o presente, a súa décima versión (CIE-10²⁰⁹). Pouco a pouco foron aparecendo clasificacións de enfermidades en cada país²¹⁰, pero a clasificación elaborada nos anos cincuenta nos Estados Unidos para as Enfermidades Mentais, a diferenza doutras taxonomías locais, tivo gran éxito de difusión no sistema sociedade.

O DSM na súa primeira versión (DSM-I) aparece para xerar unha clasificación dos trastornos mentais *consensuada*. O escaso acordo entre os profesionais da psiquiatría, tanto sobre qué contidos incluír, como sobre o método para detectalos e incluílos esixía unha posta en común para o diagnóstico diferencial. Co DSM xúntanse diferentes iniciativas nos EEUU: o instituto nacional de estatística quería incluír datos sobre trastornos mentais no seu censo, e o exército americano levaba traballando nunha clasificación ampla destes trastornos dende a Segunda Guerra Mundial²¹¹. Finalmente, e cunha orientación inicial predominantemente psicoanalítica a APA e a *New York Academy of Medicine* comezaron nos anos cincuenta un traballo conxunto para a elaboración dunha nomenclatura dos pacientes con enfermidades psiquiátricas graves e neurolóxicas aceptable para todo o país. En 1952 aparece a primeira edición, DSM-I, como unha variante do CIE-6 especificamente para as enfermidades mentais. Dende entón apareceron outras tres edicións con revisións consecutivas, estando hoxe en día en uso o DSM-IV-TR²¹². O inicial predominio da psicanálise no DSM-I foi pouco a pouco substituído nas edicións seguintes por un eminente predominio dunha psiquiatría bioloxicista, con concepcións a unha psiquiatría máis social ou cultural nuns eixos escasamente usados na práctica clínica.

207 Del inglés ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Con esta taxonomía clasifícanse as enfermidades cuns códigos para uso dos médicos nos seus estudos e historia clínicas. Orenéanse nunha ampla variedade de signos, síntomas, achados anormais, denuncias, circunstancias sociais, causas externas... Cada condición ten asignada unha categoría e un código de ata seis caracteres de lonxitude en formato de X00.00. Cada grupo de enfermidades dun mesmo tipo ten códigos similares: por exemplo, o G00-G99 úsase para as Enfermidades do sistema nervioso e o F00-F99 para os Trastornos mentais e do comportamento.

208 Como noutras disciplinas o sistema social emerxente do século XVIII apuntala os primeiros pasos nas taxonomías médicas, con Linneo (1701-1778), W. Cullen (1710-1790) e F.B Lacroix, Sauvage (1706-1777). Pero é no século XIX en Inglaterra e Francia inicialmente, e posteriormente en conferencias internacionais ata a aparición da OMS, cando o interese por unha clasificación internacional das enfermidades e das causas de morte cristaliza en institucións concretas. J Graunt e W. Farr (1807-1883). Instigásen reunións internacionais do congreso internacional de Estatística primeiro e do Instituto Internacional de Estatística despois. Para a historia do CIE e o DSM sigo os datos achegados por: Shorter 1997; Martínez Hernández 2000; Kleinmann 1996; OMS 1996; Kutchen-Kirk 1997.

209 A CIE-10 foi desenvolvida en 1992. A OMS publica actualizacións anuais e cambios maiores cada tres anos

210 Australia introduciu a súa primeira edición, a «CIE-10-AM» en 1998; Canadá no 2000 a «CIE-10-CA». Temos un elemento máis a ter en conta na complexidade que describimos.

211 As Síndromes de Estrés Post traumático e outras doenzas que afectaban as diferentes institucións para discriminar no recrutamento e o traballo posterior con veteranos de guerra. Para unha análise da influencia na psiquiatría dos diferentes enfrontamentos bélicos e do exército véxase: Bobes-Bousoño 2000.

212 APA 1987, 1992, 1996, 1999, 2007.

Século XX: Psiquiatría social / antipsiquiatría,

Coincidindo cos movementos sociais e políticos de protesta dos anos sesenta do século, XX emerxe unha psiquiatría caracterizada por situarse en contra da psiquiatría biologicista: é a denominada antipsiquiatría²¹³. David Cooper (1931-1986) e Ronald Laing (1927-1989) en Inglaterra, Franco Basaglia (1924-1980) en Italia e Thomas Szasz (1920-) nos Estados Unidos son os autores máis coñecidos deste movemento con amplas repercusións na semántica da psiquiatría.

A antipsiquiatría combina unha serie de críticas á psiquiatría tradicional coa petición dunha reforma da rede de manicomios. Primeiro, critican a psiquiatría tradicional polo uso de conceptos e ferramentas médicas de forma inadecuada ao converter en estigmas os diagnósticos psiquiátricos. Segundo, porque trátanse en xeral os pacientes sen o seu consentimento, internándoos nos manicomios. Terceiro, porque a psiquiatría atopase comprometida, denuncian, coas compañías farmacéuticas. Ronald D. Laing defendeu, facendo unha relectura das formulacións psicoanalíticas, que a esquizofrenia era unha “lesión” no eu interno producida por uns pais demasiado intrusivos psicolóxicamente²¹⁴. Szasz escribe o seu libro *O mito da enfermidade mental*²¹⁵ onde argumenta que a “enfermidade mental” é unha combinación incoherente de conceptos médicos e psicolóxicos que lexitima o uso de forza psiquiátrica para controlar e limitar a desviación das normas sociais²¹⁶. A enfermidade mental é entón un mito, un rótulo arbitrario utilizado para descualificar certas persoas, e os psiquiatras son meros instrumentos do poder opresivo. Laing e Cooper fundaron en Inglaterra *Kingsley Hall* (1965-1970) unha casa de acollida onde os “supostos enfermos” podían realizar libremente as súas “viaxes” regresivas. En Italia, Franco Basaglia influíu na promulgación da *Lei 180*, que pechou os hospitais psiquiátricos. Michel Foucault (1926-1984) argumentou²¹⁷ que a enfermidade mental era unha creación moderna coincidente coa aparición do capitalismo. Erving Goffman (1922-1982) publicou un estudo sobre o maltrato aos internos²¹⁸ dos hospitais psiquiátricos no que denominou institucións totais. A novela e posterior película *Alguén voou sobre o niño do Cuco*²¹⁹ apuntalou un compoñente negativo do imaxinario da psiquiatría denunciado pola antipsiquiatría: os procedementos de medicación forzada, a lobotomía e o electroshocke como formas de control dos pacientes “sen” base médica. Todos estes autores xeraron unha crítica ao poder e o rol da psiquiatría na sociedade: polo uso/abuso da “institución total”²²⁰, o “etiquetamento” e a estigmatización²²¹. A antipsiquiatría cuestionou ademais o pesimismo psiquiátrico sobre os enfermos mentais xerando na semántica da psiquiatría unha reflexión crítica sobre a práctica psiquiátrica.

Este movemento de protesta dos anos sesenta deu lugar a cambios no sistema médico especializado nas enfermidades mentais graves nos anos setenta, oitenta e noventa. Coincidindo coa xeneralización

213 Cooper 1976 foi, quizais, o primeiro en acuñar o termo.

214 Laing 1983 (1960), pero véxase tamén: Laing 1967, 1974, 1987; Laing-Cooper 1973; Laing-Esterson 1967; Laing-Schatzmann 1972.

215 Szasz 1979 (1961) e tamén 1974 e 1976. Máis recentemente Szasz (1989, 1996, 2007) defendeu a necesidade de separar Estado e Psiquiatría nunha campaña contra toda lexislación psiquiátrica.

216 As obras do americano Gross (1962, 1978, 1998) argumentan a perigosidade de converter todo problema en problema psicolóxico tratable por psicólogos e psiquiatras. Une ás formulacións antipsiquiátricas a crítica a toda discriminación positiva como forma de compensación das desigualdades sociais nunha linguaxe politicamente conservadora.

217 Foucault 1985, 1986.

218 Goffmann 1972.

219 Kesey 1988 (1962).

220 Goffmann 1972.

221 Scheff 1975, 1990.

dos medicamentos anti psicóticos e cambios na xestión económica dos hospitais, a antipsiquiatría cristalizou socialmente na chamada a psiquiatría de sector ou comunitaria. Será esta a súa repercusión social no sistema sanitario.

A xestión do sistema médico: as seguridades sociais, o Estado de benestar, os seguros médicos e a xestión da saúde (*managed care*).

A aparición de sistemas médicos xestionados polos Estados comeza en Europa no século XIX, en principio con sistemas de beneficencia²²² ou caridade para evolucionar en sistemas biomédicos. Estes sistemas supoñen mecanismos de acoplamento entre os diferentes sistemas parciais que se van pouco a pouco diferenciando: en especial entre o sistema económico e o médico.

Na Alemaña do Canciller Otto von Bismarck (1815-1898) aparece en 1883 a “*Lei do Seguro de Enfermidade*”. A expresión “Seguridade Social” popularízase non obstante a partir dunha lei en Estados Unidos, a “*Social Security Act*” de 1935. Uns anos despois en Inglaterra, en 1942, Sir William Beveridge (1879-1963)²²³ amplía o concepto para falar das prestacións de saúde e a constitución do Servizo Nacional de Saúde en 1948. Polo tanto, non é ata mediado o século XX que xeneralizase a creación de sistemas sociais para xestionar, en principio, a enfermidade da poboación, non a saúde. Isto é así porque foron sistemas creados para aseguralos traballadores que aboaban unhas cuotas unha atención médico profesional en caso de enfermidade²²⁴, certa continuidade salarial e un sistema de pensións de xubilación.

En España²²⁵ o punto de partida no século XIX é en 1883, cunha Comisión estatal para aplicar reformas sociais. Esta Comisión estivo encargada do “estudo de cuestións que interesasen á mellora e benestar da clase obreira”²²⁶. Ao longo do século XX cos diferentes avatares históricos de España van aparecendo en 1900 o primeiro seguro social de traballadores, en 1908 créase o *Instituto Nacional de Previsión* para integrar os ingresos de diferentes seguros sociais profesionais que van xurdindo. Posteriormente en 1919 aparece o *Retiro Obreiro* e en 1923 o *Seguro Obrigatorio de Maternidade*. Xa en 1931, instáurase o *Seguro de Paro Forzoso*, e finalmente na ditadura Franquista coa xeneralización en Europa de sistemas similares para a xestión económico estatal dos diferentes seguros profesionais²²⁷ aparece en 1942 o *Seguro de Enfermidade*, e en 1949 o *Seguro Obrigatorio de Vellez e Invalidez*. Nos anos sesenta xorden para integrar tódolos sistemas de seguros laborais, as leis que instauraban o Sistema de Seguridade Social universal. En 1963 a *Lei de Bases da Seguridade Social* e en 1966 a *Lei Xeral da Seguridade Social* de 1966. Xa na Democracia a *Constitución* española de 1978 reconece a obriga do Estado Español de xestionar e ofrecer cobertura médica²²⁸ e pouco despois emerxen un conxunto de

222 Arenal 1927.

223 No chamado “Informe Beveridge” ou “Social Insurance and Allied Services Report”.

224 Nas obras de Foucault analízase a “coincidencia” entre esta cotización económica interesada para os empresarios e o xurdimento da especialización médica. Referido especificamente á seguridade social véxase: Foucault 1985.

225 É curioso que a bibliografía española sobre a seguridade social dos anos 60 e 70, e a socioloxía médica limitanse a repetir as mesmas afirmacións (Rull 1971; Alarcón 1999), atribúen ao réxime ditatorial franquista a “bondadosa” creación dos seguros de enfermidade e a seguridade social (López Ibor calquera das súas obras; a obra de exaltación da figura de López Ibor, Gómez (2007), dulcifica a súa figura esquecendo alianzas político relixiosas deste).

226 A web da Seguridade social Española explica con esas palabras a súa propia historia, sen indicación de fontes ou autores: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm.

227 Mutualidades laborais que multiplicáronse tamén xerando as bases sociais para o sistema médico actual.

228 O artigo 41 da *Constitución* española establece que os poderes públicos manterán un réxime público de seguridade social para todos os cidadáns que garanta a asistencia e as prestacións sociais suficientes ante situacións de necesidade, especialmente en caso de desemprego.

institucións sociais encargadas desa xestión²²⁹. Con esta Constitución o estado español vólvese aínda máis complexo ao recoñecer dezasete Comunidades Autónomas, tres delas denominadas históricas por unha historia cultural propia: Galicia, Cataluña e o País Vasco. Así co *Estatuto de Autonomía* de 1981 Galicia comezan as sucesivas transferencias para crea en Galicia o *Servicio Galego de Saúde* (SERGAS) en 1989. O SERGAS é o equivalente autonómico galego da Seguridade Social no Estado Español.

Pero estes procesos de xestión pública da saúde non aconteceron no baleiro, tamén no sector privado da xestión da enfermidade houbo permanentes transformacións; influíndose mutuamente o privado e o público. Tras a administración de R. Nixon²³⁰ nos anos oitenta nos EEUU comeza coa xerencia de R. Reagan²³¹ e con M. Teacher en Gran Bretaña²³² unha “nova”²³³ tendencia: deixar en mans privadas a administración da saúde. En inglés denominouse “*managed care*”²³⁴, xestión ou administración da saúde. A semántica do nome leva consigo unha filosofía empresarial aplicada á saúde pública: técnicas de redución de custos na cobertura sanitaria para “mellorar” a calidade dos coidados. Trátase de reducilas²³⁵ hospitalizacións non necesarias obrigando os asegurados a discutir coas compañías privadas de seguros tanto as coberturas como as prestacións²³⁶. É a introdución da lóxica da “eficiencia” económica a través da competitividade empresarial para “mellorar” o servizo das coberturas médicas²³⁷. Como consecuencia da difusión e aceptación destes principios empresariais, en toda Europa, a partir dos anos oitenta, introducense directores e xestores educados no *managed care non só nos servizos* médicos privados senón tamén nos públicos²³⁸.

Psiquiatría de sector / Psiquiatría comunitaria.

A chamada psiquiatría de sector²³⁹ nace inicialmente en Francia nos anos 60²⁴⁰ reconvertendo ao manicomio nunha rede social e asistencial²⁴¹. A idea orixinal era transformar o hospital no centro da integración na comunidade de referencia do tolo. Convertendo así a propia comunidade en terapia²⁴².

229 Só cito algúns nomes destas institucións creadas nos denominados anos da transición española que foron xerando a complexidade do sistema médico burocrático español: o Instituto Nacional da Seguridade Social, Instituto Nacional de Saúde logo denominado Instituto Nacional de Xestión Sanitaria; o Instituto Nacional de Servizos Sociais logo Instituto de Maiores e Servizos Sociais; o Instituto Social da Mariña, a Tesouraría Xeral da Seguridade Social.

230 Nacido en 1913 e morto en 1994 gobernou entre 1968 e 1974, a súa administración introduciu xa cambios lexislativos para fomentar a xestión privada da enfermidade coas “*Health Maintenance Strategy*” para controlar o gasto sanitario público e asegurar as prestacións: Kongstvedt 2003.

231 Nacido en 1911 e morto en 2004 gobernou como presidente dos EEUU entre 1980 e 1988.

232 Nacida en 1925 foi primeira ministra entre 1979 e 1990.

233 Por suposto non se pode afirmar que o “*managed care*” emerxa da nada nos anos sesenta ou setenta, pero é cando comeza a ser máis visible globalmente. Para unha historia destes antecedentes previos poden consultarse: Starr 19991 e Kongstvedt 2003.

234 Neste caso usamos a expresión inglesa porque a súa tradución ao castelán non recolle a súa riqueza semántica empresarial.

235 Kongstvedt 2003: cap. I.

236 Non seguimos a complicada rede asistencial e de seguros de enfermidade á que esta tendencia na súa interacción con outras deu lugar en cada país, para os países do ámbito anglosaxón a bibliografía citada é suficiente; para Europa, España e Galicia iremos describindo esa complexidade nos apartados seguintes. Para o resto do mundo pódese consultar a bibliografía de antropoloxía médica analizada no capítulo correspondente, así como as obras de Cockerham 1996 e 2006.

237 Unha das críticas fundamentais ao sistema público da saúde en Galicia (calquera xornal), cun predominio sobre o sector privado, é a redución de tempo de atención de cada médico e os tempos de estanza nas listas de espera. Nas enquisas sobre a satisfacción dos usuarios nos EEUU onde predomina o sector privado cunha xestión por parte das compañías aseguradoras, é curioso que as queixas sexan exactamente as mesmas (Kaiser 1999 ou 2004). Unha revisión crítica destas formulacións dende o punto de vista antropolóxico: Castro-Singer 2004.

238 É a aplicación da *mcDonaldización* (Ritzer 1996) aos servizos médicos.

239 Caudill 1953 e 1958; Castel 1991.

240 Aínda que a filosofía que a sustenta é tan antiga como o nacemento da biomedicina occidental en Grecia, e coñecen casos de aplicación con anterioridade (Inglaterra: Gittins 1998), a súa xeneralización como ideario terapéutico é a raíz das prácticas asistenciais francesas (unha visión antropolóxica dunha comunidade pode verse en Jodelet 1991), de orientación moi tecnocrática e das reformas europeas do chamado estado de benestar, especialmente en Inglaterra (véxase Gittins 1998, Porter 1987; Uría-Varela 1986, ou a nivel máis teórico Castel 1980 ou Giddens 1995). En España: PANAP 1972, Montoya 1976, Yuste 1971.

241 A vella idea de Pinnel, antes explicada, da comunidade do Asilo para dementes como terapia moral terapéutica aplícase agora a toda a sociedade.

242 Jodelet 1991 ofrece unha análise dunha destas comunidades terapéuticas.

Esixe polo tanto non só dispositivos médicos que describimos nun momento, senón sobre todo unha boa educación en saúde mental da comunidade local en particular e da sociedade²⁴³ en xeral. Divídese o territorio administrativo en Áreas, creando en cada Sector unha rede de dispositivos asistenciais con Equipos de saúde mental (denominados “dispositivos intermedios”). Estes equipos están integrados idealmente por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociais e enfermeiros especializados. Cada sector conta idealmente con: un hospital para o tratamento das crises dos enfermos, denominados agudos; hospitais de día, hospitais de noite, talleres e pisos protexidos, asociacións e locais sociais de reunión onde se realiza o labor de “rehabilitación e reinserción” dos enfermos denominados “crónicos”, xestionando así o seu día a día; e finalmente, dispensarios de saúde mental distribuídos entre os ambulatorios para poder facer un seguimento dos enfermos mentais. Na denominada Psiquiatría comunitaria²⁴⁴, de área ou sector a EMG contrólase día a día en casas familiares grazas aos psicofármacos. Día a día as familias reciben apoio, idelamente, na rede de asistencia psiquiátrica comunitaria que substitúe aos manicomios. Os médicos e psiquiatras só interveñen para efectuar un control periódico da medicación, así como coa aparición de crise onde o internamento é requirido. Na semántica e imaxinario da psiquiatría esta psiquiatría socialmente xestionada é sempre o ideal a acadar, “nunca”, por suposto, acadado dende a época ilustrada.

Século XX: psiquiatría darwiniana e xenética. Novas expectativas.

A investigación científica ten acumulando datos sobre o funcionamento do cerebro e a xenética. Como consecuencia destes datos gañou relevancia comunicativa un “novo” compoñente do sentido social da EMG, a psiquiatría evolucionista ou darwinista²⁴⁵. A psiquiatría evolucionista pregúntase pola causa da susceptibilidade ante as EM, máis que por o que, ou o como causouse un comportamento pouco adaptativo na biografía concreta dunha persoa. Cunha observación baseada na liña evolutiva da especie humana, as EMG son observadas como comportamentos adaptativos a certos contextos ecolóxicos ou circunstancias vitais ao longo da evolución biolóxica da especie humana.

Nesta psiquiatría darwinista as enfermidades cunha clara orixe xenética ou un mal funcionamento orgánico xa detectado do cerebro (infeccións, intoxicacións, mutacións) explícanse cunha alusión, non sempre moi clara, á liña evolutiva. Estes casos son os menos (autismo, demencia, desordenes da aprendizaxe...) pero nunha perspectiva evolucionista adquiren un significado novo: levan consigo a *ruptura* cos comportamentos adaptativos aprendidos. Aqueles comportamentos acusados como ética e socialmente negativos poden resultar adaptativos na evolución biolóxica. Por exemplo, a violencia sexual, os abusos ou a tristura adquiren significados diferentes ao ser observados dende unha escala temporal evolutivamente ampla. Teríamos ademais aqueles comportamentos “anormais” ante circunstancias evolutivamente novas, como de feito é dende a evolución biolóxica, a crecente

243 Ás carencias desta educación, e á mala xestión administrativa, atribuírase sempre o fallo deste modelo.

244 Para unha análise crítica antropolóxica da construción simbólica da comunidade é moi ilustrativo: Cohen 1985.

245 A psiquiatría evolucionista analiza as EMG como produtos da evolución: adaptacións funcionais produto da selección natural. Seguimos máis adiante as formulacións de Cory-Gardner 2002; Fabrega 2002, 2004; McGuire-Troisi 1998 e Sloman-Gilbert 2000; Stevens 2000; así como as formulacións evolucionistas para a explicación das enfermidades e medicina en xeral: Nesse-Williams 1996; Trevethan-Smith 2007; se-Koella 2007.

complexidade social. Trátase de observar as EM dende os conceptos do neodarwinismo: selección natural, adaptación ao medio, selección sexual da parella, e un longo etcétera²⁴⁶.

Se a complexidade de variables tidas en consideración pola psiquiatría xa é de por si alta, ao incluír as variables propias da teoría da evolución a complexidade crece exponencialmente. Como consecuencia a maior parte das afirmacións da psiquiatría evolucionista ou darwinista rompen coas comunicacións “normais” sobre as EMG.

²⁴⁶ Dawkins 1987, 1995, 2006.

Complexidade psiquiátrica.

2

Os sistemas sociais anteriores ao sistema sociedade diferenciaron institucións e organizacións na comunicación sobre as enfermidades²⁴⁷: curandeiros, medicinas populares, santones, herboristerías, chamáns, etc.... Nas sociedades tradicionais non diferenciadas funcionalmente previas ao século XIX acumuláronse así sistemas sociais e coñecementos cos que enfrontarse aos “fallos” na comunicación social que supón calquera enfermidade nun sistema psíquico. Pero é, como vimos, no século XIX, coa diferenciación funcional, cando emerxeu un sistema médico no interior do sistema social contemporáneo. Foi a medicina científica ou biomedicina. Describimos a grandes trazos a historia deste sistema social e da psiquiatría especializada nas Enfermidades Mentais.

A emerxencia dun subsistema parcial (a medicina científica) non supón a automática desaparición doutros sistemas anteriores. Nin por suposto das expectativas e distincións coas que funcionan. No sistema sociedade emerxeu o sistema médico contemporáneo. Pero esta biomedicina adaptouse en cada territorio político económico cos sistemas médicos locais. A biomedicina diferénciase a partir do século XIX distanciándose *teoricamente* da teoloxía, os curandeiros, os barbeiros cirurxiáns, etc.²⁴⁸ Ese distanciamento forma parte do seu imaxinario. A biomedicina occidental creceu dende entón e especializouse en estreito acoplamento con, por un lado, outros sistemas funcionais (a economía, a ciencia, o sistema político, educativo e os medios de comunicación de masas); pero tamén adaptado a esas institucións e organizacións “médicas” non baseadas nas observacións da biomedicina: os sistemas médicos non occidentais, os sistemas médicos locais²⁴⁹.

Na historia desta biomedicina occidental detivémonos nun breve percorrido pola historia da semántica dunha especialidade cun status médico problemático e contradictorio: a psiquiatría. Fixemos primeiro un percorrido polas sociedades segmentadas e estamentais previas ao século XIX, onde a teoloxía e a nobreza do equilibrio enchían de sentido as pautas médicas. A partir do século XIX vimos os elementos que foron emerxendo para enfrontarse ás patoloxías denominadas polo sistema sociedade enfermidades mentais²⁵⁰. Ao facelo describimos a complexa rede de sentidos nas que a enfermidade mental da sociedade comunicase.

Resumindo o percorrido que fixemos, e tendo sempre en conta a apuntada pervivencia doutros sistemas anteriores. pódense sinalar *sete* distincións latentes no imaxinario da EMG construído dende o sistema médico. Como veremos na nosa investigación todas elas seguen vivas na comunicación sobre a EM en Galicia. Son

1. Equilibrio / desequilibrio, harmonía / desharmonía. Xurdida nas sociedades segmentadas entende a enfermidade como un desequilibrio, a terapia como a restitución da harmonía.

247 Estudadas pola antropoloxía sociocultural nunha perspectiva holista e sistémica co concepto de cultura, xeralmente cunha orientación local folclorista salvo marcadas excepcións (Wolf 1982; Wolf et al. 1990; Morin 1974 entre outras)

248 Os seus equivalentes funcionais. A diferenciación dos médico-cirurxiáns dos barbeiros, sacamoas, vendedores de ungüentos e sangradores comeza en Occidente a finais do século XVIII para institucionalizarse no sistema social funcionalmente diferenciado ao longo do XIX. Véxase: López Piñeiro 1990; Foucault 1985, 1986 (1963) y 1990; Laín Entalgo 1990.

249 Véxase: Amarasingham 1990; Baer 1987; DiGiacomo 1987; Kleinman-Hahn 1983; Lupton 1994.

250 Foucault (1986 (1963)) na súa *Historia da Loucura*, como fai coa episteme clásica (Foucault 1988) fai da loucura, como do home (Foucault 1988) unha creación recente.

2. *Divino / demoníaco (non sagrado)*. Sobre esta distinción propia de sociedades estamentais con relixión xa diferenciada, a enfermidade é un reflexo negativo da saúde. O tratamento e a prevención pasan necesariamente por un comportamento seguindo os preceptos da relixión.

3. *Herdado / ambiental (social)*. A enfermidade é observada nesta distinción como un erro herdado “xeneticamente” (non sangue), sen posibilidades de cambiar o xa escrito nos xenes. Se observamos dende o outro lado da distinción teremos a enfermidade como un produto social. Ante a primeira observación a terapia é xenética, dende a segunda, a terapia proposta será social.

4. *Orgánico / mental*. A EM dende esta distinción é toda disfunción para a que non podemos atopar unha explicación orgánica biolóxica. O psiquiátrico é un erro ou fallo no funcionamento do cerebro aínda non descrito polo miúdo. Posto que as EM responden aos fármacos, ás terapias físicas (electroshocke, lobotomías) e os manuais de diagnóstico adquiriron un uso planetario, esta distinción domina sobre as outras no interior da biomedicina.

5. *Consciente / Inconsciente*. A psicanálise xeneraliza o uso desta distinción, predominante durante un tempo. A EM é parte da acción non visible dos elementos máis primitivos do ser humano, o inconsciente. Os erros de aprendizaxe gravados no inconsciente tórnanse na EM erros a corrixir coa reeducación consciente que supoñen as terapias analíticas. A distinción psicose / neurose, a psicose como EM grave e a neurose como unha EM menos graves, é unha herdanza conceptual viva na comunicación da EM.

6. *Psicolóxico / corporal ou psiquiátrico*. A psicoloxía estableceu a diferenza, observando enfermar dende entón como o erro a corrixir con terapia.

7. *Comportamento / mente, pensamento*. Tamén a psicoloxía introduciu esta diferenza, centrando a observación nos comportamentos observables e non no interior dos pensamentos dos sistemas psíquicos, por definición non observables directamente.

Os distintos tipos de psiquiatría practicados no sistema sociedade son unha combinación destas sete distincións. A psiquiatría organicista (biologicista ou denominacións equivalentes) fai dominar a observación da EM dende a distinción orgánico / psiquiátrico, mentres que un curandeiro enfrontándose a unha posesión ou *meigallo* utiliza as dúas primeiras distincións sinaladas: equilibrio / desequilibrio e demoníaco / divino. A antipsiquiatría propón unha psiquiatría comunitaria como terapia ante unha enfermidade con compoñentes eminentemente sociais. A xestión hospitalaria do *managed care* funciona principalmente coa distinción orgánico / psiquiátrico dende unha prestación eminentemente económico administrativa do sistema médico. O imaxinario social da EM ten estes compoñentes psiquiátricos descritos aquí no seu desenvolvemento histórico pero vivos na complexidade da comunicación como veremos en nosa segunda parte.

Así, o que ten sentido en cada momento dado do tempo, é o entrecruzamiento complexo de todos estes elementos da semántica da EMG. Os temas da semántica da medicina en xeral relacionados cos sistemas públicos de seguridade social e co *managed care* afectan de forma notable á semántica da

enfermidade mental no sistema social contemporáneo²⁵¹. A denominada Reforma psiquiátrica coincide en España no tempo coa esta racionalización empresarial dos servizos médicos²⁵²; a psiquiatría comunitaria é polo tanto o “novo concepto reformador” aglutinador de elementos contraditorios de sentido como a antipsiquiatría, a psiquiatría biolóxica e o *managed care* co peche dos manicomios.

Tres EMG: Esquizofrenia, Enfermidade Bipolar e Depresión.

Tras este percorrido pola semántica do sistema médico no sistema social, agora xa podemos delimitar un dos conceptos clave da nosa tese: a Enfermidade Mental Grave. Nesta primeira parte teórica definímolos provisionalmente, pois só na segunda parte se poderá comprender a súa complexidade ao entrelazalos coa historia das institucións da loucura en Galicia, e coas biografías dos implicados.

As clasificacións psiquiátricas citadas inclúen un grande número de Enfermidades Mentais (EM). Na nosa investigación centrámonos nas que denominamos *graves* por tres razóns entrelazadas. Son graves por tres razóns entrecruzadas entre si. Primeiro, debido á súa gran incidencia demográfica nas poboacións. Segundo, pola súa visibilidade social, unha vez que aparecen a mirada céntrase nelas esquecendo outros aspectos. Finalmente, son graves tendo en conta a desestruturación nas vidas das persoas a quen lles afecta, tanto o “enfermo” como as súas redes sociais. De moitos dos outros diagnósticos psiquiátricos, menos graves, fomos recollendo tamén datos, como se pode observar nos apéndices, pero toda a nosa investigación está construída sobre tres trastornos graves detectados pola psiquiatría biomédica. Tralo percorrido realizado neste capítulo é o momento de deternos e delimitar que entendemos por Enfermidade Mental Grave (EMG) nesta tese. Adoptamos a mirada da psiquiatría biomédica da que vimos estudando a súa semántica²⁵³.

A EMG leva consigo un elemento difícil de describir no papel. Referímonos á súa persistencia e o seu desenvolvemento ao longo do tempo. Os trazos que imos delimitar agora carecen de sentido sen ser referidos co tempo dunha historia dunha persoa concreta. Ningún dos diagnosticados cunha EMG ten unha historia cunha cura tras dous meses de tratamento. Ningún. As súas historias, antes e despois do diagnóstico cunha EMG, persisten durante anos. Ese percorrido, esa carreira moral será descrita máis adiante. Aquí ofrecemos o conxunto de síntomas e signos aglutinados en tres etiquetas diagnósticas.

Un segundo elemento a ter en conta é unha decisión previa que todo psiquiatra debe tomar antes de diagnosticar unha EMG. O primeiro que fai un psiquiatra é *descartar* toda posible causa orgánica para os síntomas presentes nun paciente. Os tumores, os altos niveis de hormonas (procedentes da tiroide, por exemplo), intoxicacións por diversas substancias, etc. descártanse mediante placas, TACs ou análíticas

251 Lazarus 1996; Esquerdo Amora 1996.

252 García González 1978; García-Espino 1998; Montero Gómez 1996; Pérez 2006.

²⁵³ Usamos unha serie de manuais de psiquiatría ao longo da tese que se poden consultar na bibliografía. Especificamente para toda esta sección utilizamos os seguintes. **Psiquiatría** en xeral: APA DSM 1987, 1992, 2005; OMS ICE 1976, 1992; Hahn-Albers-Reist 2008; Kaplan 1989; Haber 1983; Freedman-Kaplan 1980; Vallejo Ruiloba 1991; Aggleton 1995; Pribram-Ramírez 1995. Sobre a **Esquizofrenia**: Torrey 1988; Gottesman 1997. Sobre os **Trastornos do humor e a Depresión Maior**: Barondes 1999; Solomon 2003; Whybrow 1998, 2005. Sobre a **Enfermidade Bipolar**: Mondimore 1999; Retamal 2001; Renduelles 1990; Torrey-Knabe 2002; Torrey-Browler-Taylor 1994; Redfield 1990, 1994, 2004; Vieta 1999. Ademais consúltense nos apéndices sobre bibliografía das biografías e autobiografías de pacientes, familiares e xestores da EMG para entender en sentido completo o resumo das tres EMG presentadas aquí. Non citamos tampouco todos os manuais de autoaxuda para familiares e enfermos utilizados que poden tamén consultarse na bibliografía final.

antes de establecer un diagnóstico definitivo. Esta discriminación forma tamén parte do proceso de adquisición de sentido do que falaremos na segunda parte.

Un terceiro elemento previo a sinalar son os chamados “antecedentes”. Na Historia Clínica que todo psiquiatra elabora sobre un paciente tómasse nota sempre da existencia ou non de antecedentes familiares. A epidemioloxía mostra que a existencia dunha historia familiar de enfermidades similares é un elemento, nunca definitivo, a ter en conta no diagnóstico definitivo.

Descubrimos as tres EMG cos datos repetidos nos manuais de psiquiatría, as páxinas *web* de divulgación psiquiátrica e a información difundida entre as asociacións de familiares e enfermos mentais. Apuntamos tamén de cada unha a porcentaxe que a epidemioloxía psiquiátrica lle atribúe. A intención é construír aquí tres “descricións de traballo” para o resto da tese sobre a historia da semántica do sistema médico e a psiquiatría. .

A **Esquizofrenia** é unha desorde caracterizada principalmente pola apatía, a ausencia de iniciativa e afectividade embotada. Os pacientes con este trastorno teñen alterados os seus pensamentos, xuízos, percepcións, humor e, polo tanto, o seu comportamento. Moitos presentan delirios, alucinacións (auditivas principalmente, aínda que tamén dos outros sentidos), e, polo tanto, interpretacións erróneas da realidade. Teñase en conta que en moitos casos este “polo tanto” leva un longo proceso de concienciación de tódolos relacionados cunha Esquizofrenia (enfermo, psiquiatras e familiares).

Os síntomas son persistentes e alteraron a vida “normal” da persoa e o seu círculo (adoitan perdese a capacidade de atender as súas necesidades básicas: comida, protección de si mesmos, hixiene...). En moitos casos leva asociados períodos de depresión, e con moita frecuencia o consumo de drogas. Tamén son comúns os signos de deterioración cognitiva: perdas de memoria, dificultades de atención e concentración.

Os primeiros signos adoitan aparecer na adolescencia, as mulleres xeralmente máis tarde que os homes. A deterioración é progresiva ao longo da vida en case tódolos casos, con dez anos menos de media de vida que a poboación en xeral. A **Esquizofrenia Paranoide** caracterízase pola persistente preocupación por un, ou varios delirios en concreto; e polas frecuentes alucinacións auditivas.

O *tratamento* biomédico baséese en psicofármacos para os principais síntomas psicóticos. Os manuais recomendan, con terminoloxías diferentes, unirla medicación cun adestramento en habilidades básicas e terapias familiares e individuais para impedir as recaídas, a reaparición dos síntomas e o abandono da medicación. A epidemioloxía atribúelle un 1% de *prevalencia* na poboación xeral con igual incidencia en homes que en mulleres.

A **Depresión Maior** é unha desorde caracterizada por episodios (dúas semanas mínimo) recorrentes de tristura penetrante e persistente, asociada a perda de peso, dificultades para durmir, sentimentos de culpabilidade, dificultade na concentración, ideas recorrentes sobre a morte e o suicidio, e un descenso notable da enerxía vital. Para que se dea o diagnóstico ten que aparecer un claro contraste coa vida anterior do paciente, e unha alteración das súas pautas normais de vida. Son comúns tamén o descenso do apetito sexual, os sentimentos de inutilidade e desespero, pouca concentración, atención e polo tanto unha clara indecisión; a culpabilidade pode chegar a ser delirante, cun rumiado obsesivo, e ideas

hipocondriacas. Na maior parte dos casos os episodios de Depresión Maior deixan paso a períodos de normalidade. O 50% dos que presentaron un primeiro episodio de Depresión maior adoitan ter un segundo, aumentando con este último a un 70% as posibilidades dun terceiro, e a un 90% dun cuarto episodio.

En canto ao *tratamento*, no mercado existen unha grande variedade de medicamentos antidepressivos, a elección do axeitado a cada caso depende de factores diversos que o psiquiatra valorara individualmente. A psicoterapia asociada aos antidepressivos recoñécese na literatura como a mellor opción. O electroshocke é hoxe en día utilizado en Depresións Maiores que non responden a ningún outro tipo de tratamento. Ten unha *prevalencia* de entre 3 e 6% entre a poboación, dobrando as femias no número aos varóns.

A **Enfermidade Bipolar** é un trastorno do estado de ánimo caracterizado pola combinación de episodios de depresión cos manía (ou unha mestura dos dous en episodios mixtos). Os episodios de manía inclúen unha semana dun estado de ánimo elevado, irritable e expansivo²⁵⁴. A auto estima está inflada, cunha sensación de grandiosidade, e diminúe a necesidade de durmir, fálase máis do normal cun sentimento de que os pensamentos voan, pero distraense constantemente cambiando de tema en tema de forma incesante; aumenta tamén o desexo de actividades placenteras pero chegando en moitos casos a comportamentos perigosos ou dolorosos (compras excesivas, sexo imprudente ou inseguro...). O máis común é a euforia excesiva con irritabilidade en aumento, a busca incesantemente da interacción con outros, con escaso xuízo en quen, onde ou como lévase a cabo. Ademais é frecuente unha excesiva planificación, participación en actividades con resultados maioritariamente improdutivos; comportamentos repetitivos con consecuencia polo xeral negativas; humor doadamente cambiante con tendencia á irritación; delirios de grandeza; adoitan perder a percepción do que lles pasa e teñen unha escasa conciencia de enfermidade e polo tanto da necesidade de tratamento. Os episodios de Depresión Maior reúnen as características sinaladas anteriormente para este trastorno. O específico da Enfermidade Bipolar é a alternancia entre manía e depresión.

A literatura recoñece ata dez anos como o período normal entre un primeiro episodio e un diagnóstico estable de Enfermidade Bipolar. O *tratamento* prescrito tras o diagnóstico é mixto. Primeiro, estabilizadores do humor (litio na maior parte dos casos) efectivos para previr episodios de manía, pero non tan eficaces na prevención dos episodios de depresión. Por iso un segundo elemento do tratamento son os antidepressivos elixidos de novo en función do xuízo clínico do psiquiatra en cada caso. Un terceiro elemento adoitan ser os anti psicóticos nos episodios agudos de manía. Os electroshockes recoñécense como efectivos con esta doenza, pero adóitase aplicar cando a medicación non logrou éxito ningún. Recomendán terapias individuais e familiares para previr recaídas, manter a toma da medicación e aumentar a tolerancia dos comportamentos propios da enfermidade e as reaccións ante ela.

A Enfermidade bipolar ten unha *prevalencia* de entre 0,5 e 1,5 da poboación xeral con igual incidencia en homes que en mulleres. As mulleres adoitan ter un primeiro episodio depresivo, mentres

²⁵⁴ Todo lles interesa, todo lles concirne, de todo saben, a todo teñen algo que engadir algo, todo é importante, pero todo de forma superficial e sen gran profundidade.

que é máis frecuente un de manía entre os varóns. De entre aqueles que sofren un episodio maniaco, un 90% adoitan ter episodios posteriores similares.

É agora o momento de entrar na historia semántica doutro subsistema parcial, o da ciencia da sociedade. Percorreremos no capítulo seguinte as distincións, conceptos e os imaxinarios utilizados nos estudos sociolóxicos do que acabamos de delimitar como EMG. Como veremos construíuse a observación sociolóxica en torno ao concepto de sociedade (a socioloxía) e co concepto de cultura (a antropoloxía). Percorremos a historia destes dous conceptos e a súa aplicación ao estudo da diferenciación do sistema médico. Ao facelo observaremos as distincións sobre as que a ciencia da sociedade observa a EMG, e tamén os seus imaxinarios sociais, capacitándonos cun paso máis na observar da súa comunicación complexa na nosa sociedade. Unha vez feito ese percorrido poderemos internarnos na súa especificidade en Galicia, obxecto da segunda parte.

Capítulo 3. A ciencia da sociedade: socioloxía médica.

3

A socioloxía médica, en coherencia coas teses luhmanianas, é a sub especialidade da Ciencia da sociedade que xera descrições do sistema médico no marco da sociedade complexa, pluricontextuRal e funcionalmente diferenciada. Pertence ao campo da socioloxía médica toda descripción parcial ou total do sistema médico dende unha perspectiva sociolóxica. A socioloxía médica produce pois descrições do funcionamento do sistema médico para o sistema social. Ten polo tanto como función *xerar expectativas* sociais ao describir a medicina. As súas descrições non son necesariamente dende o punto de vista do sistema médica sanitario, pois ao formar parte do subsistema da ciencia, a socioloxía médica ten pretensións de obxectividade.

A socioloxía médica estuda en consecuencia a interdependencia dos distintos subsistemas parciais na consecución do mantemento da saúde, a comprensión da enfermidade e a loita contra a dor. De aí que as descrições do sociólogo poidanlle parecer irrelevantes, absurdas ao médico, ou mesmo consideraas como unha intromisión na súa práctica clínica. O médico miraas como *irrelevantes* porque achegan datos sobre as dependencias do galeno cos medios de comunicación de masas, ou co sistema educativo, ou co sistema económico ou político. As decisións que o médico toma na súa práctica clínica diaria non as intúe como económicas, políticas ou educativas senón que, como médico, imaxinaas absolutamente “médicas”. Ás veces o clínico ve irrelevantes as descrições do sociólogo ao describir este a evolución no tempo da concepción médica das enfermidades e mostrar así a dependencia do clínico coa comunicación social. Para o médico a enfermidade sempre será unha “entidade” invariable no tempo, lonxe de depender das súas diferentes definicións sociais ao longo do tempo. Pero sobre todo os médicos ven á socioloxía médica como unha *intromisión*, pois desvela as redes do poder que a medicina adquiriu nas sociedades pluricontextuRales. Como todo subsistema parcial o sistema médico observa o seu contorno coa súa distinción, e considera como intromisión na súa función social calquera inxerencia non médica. En definitiva, a socioloxía médica non é medicina, o cal non elimina as consecuencias médicas das descrições sociolóxicas.

Dende un punto de vista sociolóxico, o sistema médico ofrece un lugar privilexiado de observación da sociedade pola *interrelación* que, na observación médica prodúcese, entre os sistemas orgánicos, os sistemas psíquicos e os sistemas sociais. Unha enfermidade, dende un punto de vista médico, é un “mal funcionamento” do sistema orgánico (corpo) ou psíquico (amente), pero *só chega a el como médico* na medida en que un sistema psíquico (o enfermo, un familiar, o policía ou el mesmo) comunica socialmente esa enfermidade ao “tomar conciencia” dela e recoñecer a súa presenza. A súa identidade como médico é tamén unha construción social. Dado que a enfermidade é parte da comunicación é

social²⁵⁵: só é recoñecible como enfermidade o que socialmente identificase como enfermidade en función da irritación provocada nun contorno orgánico.

Dentro da socioloxía médica a socioloxía da enfermidade mental xera descrições sobre a comunicación da Enfermidade Mental. Se a medicina en xeral é estudada pola socioloxía médica, a especialidade médica das enfermidades mentais (a psiquiatría como veremos na biomedicina occidental²⁵⁶) é investigada por esta socioloxía. A socioloxía da enfermidade mental²⁵⁷ é pois unha parte da Ciencia da sociedade xeradora de descrições para o sistema social.

Pero na enfermidade mental enfrontámonos a unha complexidade moi específica. Por un lado a complexidade social contemporánea onde o sistema social diferenciouse tanto que resulta difícil describilo. Por outro, a complexidade do propio obxecto de traballo da psiquiatría, pois a enfermidade mental é dunha alta complexidade ao integrar elementos interrelacionados de tres sistemas diferentes (orgánico, psíquico e social). Polo tanto, a socioloxía da enfermidade mental estuda as relacións comunicativas entre un sistema de coñecemento con intencións de obxectividade (a ciencia psiquiátrica) e a súa existencia social en, primeiro, as interaccións cara a cara (paciente - psiquiatra); segundo, as institucións sociais (familia, centros de ensino); e finalmente, as organizacións (hospitais, clínicas, asociacións) e as relacións destas con outros subsistemas parciais (o médico, o político, o económico, os medios de comunicación de masas, o educativo, etc.).

A socioloxía da enfermidade mental describe, polo tanto, *a comunicación da loucura na sociedade*. Ofrece expectativas plausibles de comunicación da loucura nunha sociedade complexa nun tema de alta complexidade. Xera pois, elementos de comunicación ao sistema médico psiquiátrico.

Pero no Sistema Sociedade contemporáneo ofrécese descrições, non todas elas coa intención de obxectividade da socioloxía, do Sistema Médico, da Psiquiatría, e da Enfermidade Mental. Faremos neste capítulo un percorrido polas visións sociolóxicas ofrecidas sobre a medicina e sobre a EM para detallar as distincións coas que describense e comunicanse. Para iso percorrерemos brevemente a historia da descrición científica do Sistema sociedade primeiro, e do Sistema médico despois, nunha discusión crítica dende unha perspectiva luhmaniana. Estas distincións e observacións sociolóxicas constrúense sobre expectativas sociais que comunican a EM, *construíndo a súa semántica*. Os sistemas sociais comunican á súa vez a enfermidade mental. É nesta complexidade comunicativa onde construese a “loucura” da sociedade.

255 A distinción entre *illness / sickness / disease* iría, na antropoloxía médica, nesta dirección, aínda que separa os elementos orgánicos, sociais e psicolóxicos da enfermidade *non permite*, como si o fai a formulación luhmaniano, observar a súa interdependencia (véxase o sentido antropolóxico desta tripla distinción en: Kleinmann 1995; Martínez Hernández 1998, 2000; Young 1982).

256 Será obxecto da nosa análise nun apartado posterior.

257 Exemplos desta sub especialidade da socioloxía médica pódense atopar como veremos con detalle máis adiante en: Cockerham 1996 fai un síntese de toda a investigación realizada ata a data en lingua inglesa; Tausig-Michello-Subedi 1999 baséanse nunha socioloxía do stress social; Bastide 1978, Deveroux 1973 son bos exemplos de socioloxía médica da enfermidade mental; Lindenbaum-Lock 1993 e Lupton 1994 poden servir como exemplos de antropoloxía médica con achegas sobre a enfermidade mental: Aguirre 1994, González- Comelles 2000, Kleinman-Fabrega 1996; Pilgrim -Rogers 1999 e Turner 1988; Robin 1985 e Mateos -Rodríguez 1989 serían exemplos de epidemioloxía aplicada á psiquiatría, centrado este último en Galicia.

Sobre a medicina en xeral e sobre a EM en particular existen tres²⁵⁸ grandes observacións sociais *na comunicación*. Estas tres observacións fanse dende tres sistemas parciais do Sistema sociedade actual: a **observación científica** faise dende o sistema ciencia (coa antropoloxía e a socioloxía médica como as súas disciplinas académicas), a **observación médica sanadora** realízase dende o sistema sanitario (psiquiatría, antipsiquiatría, psicanálise, psicoloxía con tódalas correntes que xa delimitadas no capítulo anterior), e a **observación xurídica** dende o sistema de dereito. Cada unha delas describe a medicina e a EM dende a distinción propia do seu sistema parcial específico: o **Sistema Ciencia** coas Ciencias da sociedade (**Socioloxía** e a **Antropoloxía**), o **Sistema Médico** e o **Sistema Xurídico**. *A comunicación social sobre a medicina e sobre a EMG constrúese na complexa intersección entre estas tres observacións*. Facemos por motivos de brevedade un percorrido histórico illado da evolución destes dous primeiros sistemas sociais, tendo sempre presente a influencia mutua que se fará máis explícita a medida que avance a nosa exposición. O sistema dereito, en relación á EMG en Galicia, describímoloo a medida que o vaia requiringo o desenvolvemento da temática dos datos da tese²⁵⁹ na segunda parte.

Existen por suposto outras observacións da EM, prestacións na terminoloxía luhmaniana, ofreciudas polos restantes sistemas parciais (economía, política, etc.) e discutiremos sobre elas, sen deternos en detalle, na medida en que o desenvolvemento do noso tema o faga necesario. Non obstante, dous das prestacións xeradas por outros sistemas parciais requiren tamén a nosa atención, e centraranse igualmente na nosa discusión. Son as relacionadas con dúas distincións político-territoriais: **España e Galicia**. Construiremos a nosa análise da comunicación da EM en Galicia polo tanto no entrecruzamento complexo destas seis distincións: *socioloxía, antropoloxía, sistema médico, dereito, España e Galicia*. Tras revisalo status teórico e a semántica da socioloxía médica faremos así mesmo unha revisión da socioloxía médica da EMG, practicamente inexistente, en Galicia. Posteriormente, na análise dos datos da segunda parte desta tese, describirase en detalle esa complexa intersección na EMG en Galicia tras a análise da *armazón semántica* na que *comunicase a loucura*.

Cultura e sociedade: o nacemento da antropoloxía e a socioloxía no século XIX.

Dende o século XIX, coa diferenciación funcional da sociedade, a descrición da crecente complexidade social dende o sistema ciencia deu lugar, entre outras, a dúas perspectivas. Ambas as dúas

nacen en competencia coas auto-descricións do sistema social. Son a socioloxía e a antropoloxía. Diferenciáronse no sistema social dende o sistema ciencia, pero diversifícanse baseándose en dúas distincións diferentes sobre as que elaboran as súas formas (conceptos) clave: o de cultura²⁶⁰ na antropoloxía e o de sociedade²⁶¹ na socioloxía.

Ilustración5 Observando dende o lado implícito da diferenza.



A semántica das dúas disciplinas emerxe, como describimos a continuación, no caldo de cultivo das auto descricións do sistema sociedade complexo. Detémonos primeiro na emerxencia do concepto de cultura, de onde

258 Véxase: Torres 1991; utilicei alí unha terminoloxía foucoultiana para falar destas tres perspectivas, denominándoas discursos.

259 Xa o fixemos ao falar do *managed care* e o volveremos facer ao describila complexidade da sanidade pública en Galicia.

260 Kessing 1974; Val 1988.

261 Véxase Chingola 2004.

parte as dúas disciplinas, para entrar despois na semántica propia da antropoloxía e da antropoloxía médica da EMG en Galicia. Finalmente describiremos a semántica, os imaxinarios e as distincións da socioloxía médica da EM para poder así comezar a análise dos nosos datos.

Cultura.

A tradición atribúe Marco Tulio Cicerón²⁶² (106-43 A.N.E.²⁶³.) en *Disputas tusculanas*²⁶⁴ (45 anos A.N.E.) o uso do termo cultura. O seu significado etimolóxico estaba ligado á palabra cultivar en relación coa agricultura. Cicerón utiliza esta expresión en sentido figurado. Seguindo a tradición de Sócrates, Cicerón define a Filosofía como cultura-cultivo da razón.

Moito despois, é no Renacemento co Humanismo e a crecente complexidade do sistema social, onde comeza a preocupación social pola cultura. Un pouco despois, o alemán Samuel Pufendorf (1632-1694) na súa obra de 1672 *Acerca do dereito natural*²⁶⁵ fai da cultura algo creado polo home pola súa propia actividade como complemento da súa natureza. Máis adiante J.G. Herder (1744-1803) na súa obra *Ideas para unha filosofía da historia da humanidade*²⁶⁶ chama cultura ao que cohesiona á xente nun todo, resultado e estímulo do desenvolvemento social (esta será a idea recollida pola antropoloxía sociocultural). Hegel (1770-1831), Fichte (1762-1814) e toda a filosofía ilustrada fan da cultura o contorno no que home civilizado da sociedade complexa prospera²⁶⁷.

É neste momento de emerxencia do sistema sociedade cando a socioloxía e a antropoloxía xorden como ciencias alimentándose da semántica do sistema sociedade nacente. A antropoloxía como disciplina aparece definida nesa época, entre outros, por Georges-Louis Leclerc, Conde de Buffon (1707-1788) en *Histoire Naturelle*²⁶⁸ cunha preocupación de naturalista pola diversidade física da especie humana e un proxecto comparativo de descrición da diversidade dos pobos. O tamén francés François Péron (1775 - 1810) usou o termo antropoloxía para describir o seu traballo cos habitantes da illa de Tasmania.

Salvaxe

Civilizado

Ilustración6 Observando dende o lado cego da diferenza.

Luhmann apunta esta emerxencia: “a cultura é... un concepto que xorde no século XVIII e a partir de alí se *universaliza*”²⁶⁹, porque tras a ampliación das fronteiras nacionais coa industrialización creouse unha abstracción no concepto de cultura que permitía a integración e a comparación sen perder o valor da cultura como propia da clase alta (distinción civilizado / non

262 Dada a importancia da dimensión temporal cítanse sempre nesta tese as datas nacemento e morte dos autores que vaiamos citando, son especialmente relevantes, na cronoloxía que iremos construíndo, as coincidencias.

263 A.N.E.: Antes da Nosa Era.

264 Cicerón 2005.

265 Pufendorf 1991.

266 Herder 1959.

267 Kuper (2001) sinala o xogo inicial entre a distinción civilizado / incivilizado que alimenta a forma cultura dende o inicio. Kuper (2001) estuda a evolución desta distinción ao longo da historia da antropoloxía.

268 Obra inmensa publicada entre 1749 e 1778.

269 A cita continúa: “Cultura é, se o apreendemos así, un proxecto de mundo que engloba tanto a diferenciación histórica e a rexional (o nacional) como materia comparable”; Luhmann 1999 (1995): 200 É na análise das relacións do concepto de cultura co de memoria (esquecemento / recordo) onde diferenciouse a antropoloxía como ciencia baseándose na forma (concepto) xerado nesta distinción. O imaxinario do natural fronte ao cultural, do civilizado fronte ao indíxena, e da memoria fronte ao esquecemento diferencian o concepto de cultura no que nace a antropoloxía, precisamente coa expansión do capitalismo. “Cultura é... a memoria dos sistemas sociais e, sobre todo, do sistema social chamado sociedade. A cultura é, dito con outras palabras, a forma de sentido da recursividade da comunicación social” Luhmann 1999 (1995): 206.

civilizado)²⁷⁰. O concepto de cultura permitiu así elaborar unha representación social na que podese observa-la sociedade. Nas sociedades máis simples “non existe”²⁷¹, e polo tanto represéntanse *o mundo observado* como realidade natural. Coa creación deste concepto, só posible unha vez relativizada a forma social da propia Europa²⁷² indícase o xurdimento dunha sociedade do mundo e a súa semántica²⁷³. O concepto de cultura é así a matriz onde a semántica social da antropoloxía nace.

Sociedade.

O concepto sociedade²⁷⁴ constrúese socialmente sobre esta mesma semántica, e máis ou menos na mesma época histórica. Sociedad ten a súa orixe na idea de unión entre individuos. A súa orixe etimolóxica ven do latín: *societas*, unha amigable asociación con outros, coa connotación de camaradaría, compañía, socio nun negocio ou asociado²⁷⁵. A súa semántica leva consigo un sentido de unión entre membros que comparte algo: un lugar, un mesmo obxectivo ou características.

A socioloxía como ciencia, como parte do subsistema social da ciencia, comeza a aparecer cando a expansión colonial das sociedades europeas cuestiona precisamente a simplicidade da idea de sociedade. As obras dos primeiros sociólogos do século XIX pretenden comprender a sociedade precisamente cando comeza a deixar de ser observable como “realidade ontolóxica”, de aí que queiran ser os seus “sanadores”²⁷⁶. Ante a crecente complexidade, a socioloxía achega ao sistema social descrições do cambio para controlalo. Este imaxinario alimenta os inicios da socioloxía.

Imos agora a seguir a historia da semántica dos dous conceptos (cultura e sociedade) por separado. Partimos polo tanto dunha tese implícita na descrición que segue. Asumimos que a antropoloxía diferenciouse como disciplina académica en torno ao concepto de cultura, xerando unha metodoloxía específica (o traballo de campo e a observación participante) como os seus sinais de identidade. A primeira parte deste capítulo (3.A.) percorre a complexidade cultural do sistema sociedade contemporáneo descrita na Antropoloxía. A Socioloxía, manteremos a continuación (3.B.), diferénciase como disciplina científica entorno ao concepto de sociedade, cunha metodoloxía específica (as correlacións estatísticas e a enquisa principalmente). Unha vez percorrida a historia das dúas disciplinas, analizadas as súas distincións, conceptos e imaxinarios cos que emerxen, remataremos este capítulo. Só entón, daremos paso á segunda parte desta investigación, aplicando a socioloxía médica da EMG constuida nestas liñas, aos nosos datos en Galicia.

270 Kuper 2001;

271 Recórdese a teoría o punto cego xa tratada.

272 O extremo radical deste desenvolvemento ao longo do tempo sería o que Gustavo Bueno sinala como o *mito da cultura* que grazas aos medios de comunicación de masas converteuse a cultura nun lugar baleiro onde adormecer a pobo. Bueno(1996) céntrase na análise na orixe do concepto na antropoloxía, para seguir despois cunha analítica do desenvolvemento e universalización do mito.

273 "... a cultura é unha comparación... A cultura é unha perspectiva para a observación da observación" Luhmann 1999 (1995): 212.

274 "O concepto de sociedade debe formarse auto loxicamente. Tense que conter en si mesmo en si mesmo" Luhmann 1998 (1992): *O concepto de sociedade*, 68-69. Véxase tamén: Chingola 2001.

275 *Enciclopedia Británica*, Chingola 2001.

276 Pénsese nos compoñentes de reformismo moral das obras do positivismo sociolóxico do século XIX: Comte en 1852 co seu *Curso de filosofía positiva*, ou o industrialismo como catecismo de Saint-Simon, ou o mesmo Durkheim.

3.A. A antropoloxía como ciencia: a cultura da sociedade.

Estreitamente asociada co colonialismo na industrialización²⁷⁷ tras as primeiras teorías evolucionistas²⁷⁸ a Antropoloxía diferénciase academicamente no sistema social con dous focos político-territoriais claros: un no Estados Unidos e outro en Europa (Inglaterra e Francia inicialmente, o resto de Europa de forma tímida posteriormente)²⁷⁹. Cada unha destas tres distincións político-territoriais pretende ser omniabarcante e defende a unicidade da súa teoría, delimitando tamén a súa propia terminoloxía²⁸⁰. Así temos a Antropoloxía Cultural en EEUU, a Antropoloxía Social en Gran Bretaña e a Etnografía ou Etnoloxía en Francia.

3.A.

Coa complexidade crecente e a comunicación mutua vaise diferenciando, baseándose na auto descrición social do propio imaxinario da cultura, un concepto holista de cultura e un método cualitativo definido como específico da antropoloxía: a observación participante. Trala Segunda Guerra Mundial a Antropoloxía como disciplina académica consolídase no Sistema Ciencia, emerxendo pouco a pouco o que hoxe denominase, nun afán integrador das diferentes tendencias, a Antropoloxía Sociocultural. Deteñámonos brevemente en cada unha destas perspectivas analizando as distincións coas que se foi construíndo o concepto de cultura, forma crave na observación antropolóxica.

A antropoloxía cultural en EEUU: culturas en detalle.

A Antropoloxía Cultural norteamericana nace como tal co Particularismo Histórico de F. Boas (1858-1942)²⁸¹. Boas defendeu que a cultura e o pasado dunha sociedade dan sentido particular a cada obxecto, mito ou creación. Fronte aos estadios evolucionistas que operaban coa distinción civilizado / non civilizado, Boas impoñen unha estrita preocupación polo detalle cultural²⁸². Cada cultura será entendida á luz do seu pasado particular²⁸³. O holismo²⁸⁴ e o relativismo cultural²⁸⁵ impuxéronse como conceptos clave da antropoloxía nas universidades americanas, unidos á necesidade de estudar cada cultura dende dentro cun traballo de campo directo. A denominada antropoloxía de salón

277 Como vimos o concepto de cultura xorde como auto descrición do sistema sociedade ao diferenciarse funcionalmente, véxase Luhmann 2007; especialmente: "A cultura como concepto histórico" Luhmann 1999 *Teoría dos sistemas sociais II (artigos)*. México: Universidade Iberoamericana.

278 J.J. Bachofen (1881-1887), J.F. MacLennan (1821-1881), Lewis Henry Morgan (1818-1881) ou E. B. Tylor (1832-1917) son exemplos dese primeiro evolucionismo: defendía unha evolución en estadios (do salvaxe ao civilizado) cara ao sistema industrial "civilizado". A observación e comparación facíase dende a distinción civilizado / non civilizado. Sobre o desenvolvemento e historia da antropoloxía socio cultural seguimos a Gabardino 1977 e Harris 2003, 1982; así como as obras de referencia clásicas dos autores citados, véxase bibliografía final.

279 Existen por suposto outros focos político-territoriais da antropoloxía como ciencia, pero a difusión e evolución da propia disciplina selecciona ao autodefinirse especialmente estes tres, esquecendo outros. Calquera manual de antropoloxía "ensina" as grandes liñas a recordar: Harris 2003 ou Kottak 1996 valen perfectamente como exemplos.

280 Véxase: Garbarino 1977; Harris 2003, 1982.

281 Boas dirixiu a mediados do século XX o Departamento de Antropoloxía da Universidade Columbia e o Museo de Historia Natural. O seu modelo de antropoloxía impúxose, cunha diferenciación en catro ámbitos de especialización nos diferentes departamentos universitarios e nas sociedades profesionais: Antropoloxía lingüística, Antropoloxía biolóxica ou física, Arqueoloxía e finalmente Antropoloxía Cultural. Véxase: Boas 1938, 1940.

282 As descricións dos obxectos esquímicos de F. Boas (Boas 1964) son famosas pola súa riqueza en detalles. Boas buscaba comparación cultural, sen un esquema previo de estadios evolutivos: para comparar culturalmente necesitábase acumular datos. Os seus discípulos Clark Wissler (1870-1947) e Alfred Kroeber (1876-1960) desenvolveron o concepto de "áreas culturais" (Kroeber 1939, 1952, 1953) usado dende 1949 na creación dos *Human Relations Area Files na Universidade de Yale*. O maior esforzo de comparación cultural baseándose nunha recollida sistemática de datos.

283 Garbarino 1977: 49-55.

284 Véxase: Craige 1992, Thornton 1988.

285 Véxase: Cohen 1988, Ebel 1986.

decimonónica²⁸⁶ déixase de lado para impoñer *idealmente* a observación directa do antropólogo dende cada cultura particular.

A Etnografía e Etnoloxía en Francia: estrutura / cultura.

E. Durkheim (1858-1917) é un dos pais da Antropoloxía moderna, especialmente pola súa obra *As formas elementais da vida relixiosa* (1897)²⁸⁷. Pero o é ante todo polo grupo de investigadores xurdido arredor da revista: *Année Sociologique*. O seu sobriño Marcel Mauss (1872-1950) colabora na revista e coa publicación de *As formas primitivas de clasificación* (1903)²⁸⁸. Mauss escribiu ademais unha obra esencial para a semántica da antropoloxía: *O don* (1924)²⁸⁹. Para Mauss os “regalos” nas culturas con reciprocidade²⁹⁰ só pódense entender, defende, comprendendo o contexto cultural no que son significativos. O regalo é unha forma de organización económica con “significado local”. O traballo do antropólogo é ser capaz de describir precisamente ese significado local.

A. van Gennep (1873-1957) publica en 1909 a súa obra sobre os ritos de pasaxe e L. Levy-Bruhl (1857-1939) a súa análise da mentalidade primitiva (1922) coa infinidade de datos etnográficos acumulados polos colonizadores franceses. *O Estruturalismo* de C. Levi-Strauss²⁹¹ (1908-) é herdeiro esta tradición²⁹² nos seus temas e vocabulario. Levi-Strauss describiu as estruturas subxacentes nos elementos culturais: a linguaxe²⁹³, a arte, o parentesco²⁹⁴ e os mitos²⁹⁵ encerran esas estruturas lóxicas sobre as que articulase e transformase cada cultura. Cada cultura achega orde á natureza a través das súas categorías, así a maxia non é ciencia, pero sería o seu equivalente funcional. A estrutura, oculta ou non, dá sentido a cada elemento cultural.

Funcionalismo Británico: a antropoloxía social. Cultura como función.

Tralo evolucionismo de E. B. Tylor (1832-1917) ou Frazer (1854-1941), a expedición ás Islas Torres en 1898 con W. H. R. Rivers²⁹⁶ (1864-1922) como antropólogo marcaron unha diferenza centrándose no estudo de campo directo. A Antropoloxía social británica ten así dende o inicio un cariz funcionalista inspirado na obra de Émile Durkheim: usan unha metáfora biologicista para equiparar as sociedades humanas cos organismos vivos (Radcliffe-Brown²⁹⁷; Durkheim²⁹⁸).

No século XX A.R. Radcliffe-Brown (1881-1955)²⁹⁹ e Bronislaw Malinowski³⁰⁰ (1884-1942) debuxaron as ideas fundamentais da perspectiva británica, sobre o concepto de función estrutural e o

286 Como veremos máis adiante Malinowski primeiro e os seus defensores-críticos posteriores dende a antropoloxía posmoderna definiron deste xeito os estudos evolucionistas do século XIX: Malinowski 1985; entre outros véxase: Rabinow 1975, 1989.

287 Aínda que tamén da Socioloxía como ciencia grazas as súas obras: *As regras do método sociolóxico* (1895), *A división social do traballo* (1893) *O suicidio* (1897) onde usa métodos estatísticos para extraer datos na comprensión das formas de integración social da sociedade trala revolución industrial.

288 Mauss 1971.

289 Mauss 2004, 1954.

290 Véxase Moreno Feliu 2004.

291 A influencia de Levi-Strauss sobre a Antropoloxía foi inmensa, achegando elementos esenciais á súa semántica.

292 Levi-Strauss 1984.

293 Levi-Strauss 1973.

294 Levi-Strauss 1983.

295 Levi-Strauss 1973, 1987.

296 Rivers 1900; veremos máis adiante as contribucións deste autor en antropoloxía da medicina, coa súa obra Rivers 1924

297 Radcliffe-Brown 1968, 1975.

298 Durkheim 1985: cap. V.

299 *The Andaman Islanders* publicada en 1922 (1968). Este autor centrouse no concepto de estrutura social, definiu durante grande parte do século XX as claves da antropoloxía social británica na universidade.

300 *Argonauts of the Western Pacific*, 1922 (1974). Malinowski definiu o hoxe considerado método da antropoloxía por antonomasia: a observación participante no traballo de campo durante un período longo no que recolectar TODOS OS aspectos da cultura estudada.

método de observación participante³⁰¹. Para o funcionalismo británico³⁰² as estruturas sociais e os organismos biolóxicos teñen unha harmonía interna subordinada ás interdependencias funcionais das súas partes. As funcións³⁰³ son obrigas (comportamentos necesarios) nas relacións sociais: as necesidades biolóxicas son satisfeitas a través dos mecanismos culturais nas organizacións sociais. A función sustenta a estrutura social, ao cohesionar dentro dun sistema de relacións sociais o comportamento individual. A observación participante como método da antropoloxía debe describirla estrutura dunha comunidade tras vivir nela durante un período longo, observala e participando no seu día a día³⁰⁴. E.E. Evans-Pritchard (1902-1973) definiu as funcións da relixión de cada cultura na comprensión detallada das perspectivas nativas³⁰⁵, complementando o funcionalismo cun método cinguido ao detalle de cada cultura nativa.

A antropoloxía ata os anos 60: cultura e individuo.

Trala Segunda Guerra Mundial o Sistema sociedade vaise facendo global, integrando as diferentes correntes político-territoriais da antropoloxía nun concepto de cultura holista, co relativismo cultural como instrumento e a observación participante como metodoloxía. Así aparece unha semántica unificadora na agora denominada Antropoloxía Socio cultural, con marcas territoriais de identidade específicas pero cunha crecente influencia mutua. Destacamos algunhas observacións que xorden pola súa influencia na semántica da Antropoloxía, e especificamente na Antropoloxía Médica.

Cultura e personalidade.

Benjamin Le Whorf (1897-1941) e Edward Sapir (1884-1934) propuxeron unha hipótese³⁰⁶ apoiada nunha teoría lingüística. Sintetizada a súa hipótese afirma que a lingua permite o intercambio de información pero ademais “moldea” a percepción no interior dunha cosmovisión cultural única. Edward Sapir interesouse na explicación científica da personalidade individual e a súa relación con este “moldeado” lingüístico. Dúas discípulas súas articularon estas formulacións co entón omni-influente psicanálise³⁰⁷: Ruth F. Benedict (1887-1948) e Margaret Mead (1901-1978)³⁰⁸.

Benedict no seu artigo de 1934 “Anthropology and the Abnormal” uniu a patoloxía ou anormalidade ao concepto de cultura. Defendeu que cada cultura outorga aos seus membros uns roles³⁰⁹ nos que aprendese a ser normal, e tamén a comportarse de forma anormal. M. Mead pola súa parte investigou os

301 Díaz de Rada 2003; Denzin-Lincoln 1995.

302 Sigo as formulacións de Radcliffe-Brown 1958, Malinowski 1944, 1984 e Garbarino 1977.

303 Xa vimos o significado da distinción función na nosa formulación teórica, non volvemos repetir as diferenzas con esta formulación clásica da antropoloxía.

304 Díaz de Rada (2003: 108) critica este concepto de comunidade ou cultura da antropoloxía por non ser unha noción “natural” ao tender a esaxerar a homoxeneidade dos procesos e a imaxe de illamento da comunidade. Como veremos esta distinción supón a homoxeneidade, deixando a complexidade como lado esquecido.

305 A súa análise dos *Nuer* ou os *Azande* (Evans Pritchard 1976, 1977), ademais dun clásico da semántica antropolóxica, ten moitas similitudes coas propostas da antropoloxía cultural americana.

306 Véxase: Whorf 1971 (1956), Sapir 1921, 1995, 1999; Velasco 1995, 2005.

307 Referirémonos a esta influencia máis adiante, na análise da perspectiva médica.

308 Nas dúas é clara a *semántica* xa analizada de F. Boas.

309 As súas teses aplicáronse aos patróns psicolóxicos (psicoanalíticos) cos que cada cultura moldea para o intercambio social a cada individuo en *Patterns of culture* (1934). A corrente *Cultura e Personalidade*, tras a súa colaboración co exército americano en Xapón na identificación de trazos nacionais de personalidade (tras a súa obra Benedict 1975), converteuse nun elemento da semántica e o imaxinario dos antropólogos.

patróns nos que constrúese a normalidade sexual³¹⁰ en cada cultura, nunha complexa intersección entre a bioloxía e a cultura³¹¹. Estas teses forman parte hoxe en día da semántica da ciencia da sociedade.

Cultura, simbolismo e cognición.

Ward Goodenough (1919-) nun artigo de 1954 definiu con precisión unha idea que formaba xa parte da semántica antropolóxica³¹²: a cultura só existe na mente dos individuos. A súa proposta denominouse *Etnociencia* ou *Nova Etnografía*, e busca describir as *clasificacións* nativas mediante análises lingüísticas detalladas. A.F.C. Wallace (1923-) uso o concepto de *mazeway*³¹³ para referirse ao mapa cognitivo que cada persoa aprende na súa cultura. Proporcionalle os roles sociais e as pautas de comportamento culturalmente aceptado.

O concepto de cognición (do latín: *cognoscere*, “coñecer”) provén da psicoloxía, e fai referencia á facultade de procesar información a partir da percepción, o coñecemento adquirido e características subxectivas que permiten seleccionar e valorar certos aspectos en detrimento doutros³¹⁴. A denominada *Antropoloxía cognitiva* xerou innumerables datos sobre como os procesos cognitivos son moldeados pola cultura. Clifford Geertz³¹⁵ (1926-2006), David Schneider³¹⁶ (1918-1995), Victor Turner³¹⁷ (1920-1983) e Mary Douglas³¹⁸ (1921-2007) recollen este imaxinario enmarcándoo na análise de distintos campos da Antropoloxía, achegando dende os anos 60 análises en torno ao simbolismo como aglutinador dos modelos cognitivos. Edmund Leach (1910-1989) na súa obra de 1978 *Cultura e comunicación*³¹⁹ sistematizalas aportacións da Antropoloxía lingüística en torno ao concepto de comunicación³²⁰: o antropólogo debe descodificala comunicación simbólica de cada cultura para transmitirla nunha descrición científica.

Cultura e ecoloxía: materialismo.

Lellie A. White (1900-1975) defendeu unha postura materialista, herdeira das formulacións de K. Marx, Engels e Spencer³²¹. White fixo esta defensa nos EE.UU. da caza de bruxas comunista. White afirmou que cada cultura evoluciona ao aumentar a enerxía producida por persoa e ano³²² ou mellorar a eficiencia produtiva. Ao aumentar a enerxía e a súa eficiencia, a complexidade e especialización social multiplícase en loita coa entropía do contorno ecolóxico. Julian Steward (1902-1972) perfilou a distinción de White ao buscar regularidades nas adaptacións culturais en diferentes medios ecolóxicos, á

310 Mead 1928, 1930, 1935.

311 Lonxe da validez científico obxectiva das dúas formulacións, que as obras de R. Fortune, John Whitting ou A.J. Hallowell intentaron probar, as formulacións de Mead e Benedict convertéronse en parte da semántica coa que a antropoloxía defínese como ciencia e deféndese para a creación de nichos académicos e económicos específicos.

312 Durkheim 1982 (1912) xa falaba de taxonomías como cosmovisións, sen o matiz individual asignado por Goodenough.

313 *Mazeway* sería un mapa cognitivo labiríntico, unha palabra inglesa de difícil tradución: Wallace 1963: 27; Velasco 2005: 429.

314 Enciclopedia Británica 1998.

315 Pola súa influencia na Antropoloxía posmoderna falaremos con máis detalle deste autor nun momento.

316 Schneider 1984 criticou duramente a antropoloxía do parentesco: os datos biolóxicos do parentesco representan algo máis que un feito, son símbolos de solidariedade e confianza. Os antropólogos usaron o que denominou o Dogma da *unidade xenealóxica da humanidade* asignando valor biolóxico á reprodución sen a análise cultural necesaria para comprender cada terminoloxía e a súa armazón social de parentes (Aranzadi Martínez 2004).

317 Turner 1980 analiza os procesos simbólicos dos rituais de paso na cultura *ndembu* africana.

318 Douglas 1966, 1970 analizou como dos límites físicos están cargados de simbolismo cultural: unha porta nunha casa, ou unha prohibición alimenticia son límites simbólicos mantidos culturalmente.

319 E na súa lectura crítica do funcionalismo británico: Leach 1971.

320 "a cultura comunica, a mesma interconexión complexa dos acontecementos culturais transmite información aos que participan nestes acontecementos" (Leach 1978: 2).

321 E das obras de C.D. Forde 1963 (1934) na súa "xeografía humana".

322 Denominouna a *Lei básica da evolución cultural* (White 1942, 1983).

busca de trazos de evolución e leis causais. Unha cultura está para Steward³²³ nun proceso de retroalimentación coa súa historia e o seu contorno. Moitos dos seus discípulos participaron no Proxecto Puerto Rico, e tiveron influencia na creación da semántica da antropoloxía: Eric Wolf³²⁴ (1923-1999), Roy Rappaport³²⁵ (1926-1997) ou Marvin Harris³²⁶ (1927-2001) por citar só algúns. Todos podense encadrar nunha corrente centrada nos estudos da cultura dende unha perspectiva materialista, histórica e comprometida politicamente, denominada *Political Economy*³²⁷. Obviando as súas diferenzas, a antropoloxía aquí é o *estudo* detallado da historia de cada pobo na súa interrelación cos outros pobos e en permanente diálogo co medio ecolóxico.

A antropoloxía tras os anos 60: cultura, poder, e narratividade.

Tralos anos sesenta cuestiónase toda a formulación da antropoloxía como ciencia. Críticase a relación da antropoloxía co colonialismo³²⁸ ou o machismo³²⁹. Poñendo en dúbida a propia autoridade antropolóxica e o método de observación participante. A finais dos oitenta, a obra de James Clifford e George E. Marcus³³⁰ cuestiona a autoridade etnográfica: a mirada do antropólogo non ten obxectividade científica senón só unha imposición de poder. Na mesma liña, a obra de Paul Rabinow³³¹ desmitifica o método de observación participante ao desvelar os detalles da construción narrativa. A corrente autodenominada postmoderna serve de cuestionamiento das prácticas clásicas da antropoloxía como ciencia, renovando e enriquecendo a súa semántica. Clifford Geertz (1988) acuña a denominación Antropoloxía postmoderna³³² para referirse a ese cuestionamiento do poder e da propia postura científica da antropoloxía. Apuntan a necesidade de poñer atención nas narracións dos suxeitos estudados, respectando os seus tempos e categorías³³³.

A antropoloxía na sociedade non primitiva: cultura campesiña en sociedades industrializadas e antropoloxía urbana.

A Antropoloxía especializouse como disciplina científica, con departamentos nas universidades, ao diferenciarse da socioloxía e estudar culturas ou sociedades non industrializadas. Aínda que os estudos con métodos cualitativos e observación participante realizáronse dende sempre en culturas industrializadas³³⁴, tras as críticas sinaladas dos anos 80 e a difusión global do sistema sociedade, os

323 Steward 1938, 1969, 1977.

324 Wolf 1982 demostra en profundo detalle o entrelazado global dende a Idade Media dos pobos non europeos, inmersos en procesos globais como a trata de escravos ou a colonización dos diferentes continentes. A súa reflexión sobre o concepto de cultura (Wolf 2004 (1984) despega dúbidas sobre a validez científica das súas formulacións. As mesmas conclusións podense sacar, como veremos, para unha socioloxía da EMG en Galicia

325 Rappaport 1968 explica como unha tradición cultural explicase en función dunha perfecta adaptación aos cambios estacionais dun nicho ecolóxico: os rituais e crenzas aseguranse de manter no tempo esas adaptacións. Na súa obra máis teórica extrapola as súas formulacións (Rappaport 1979).

326 Harris 1989, 1998 difundiu o materialismo cultural como base da antropoloxía: cada cultura adáptase e responde ás posibilidades do seu nicho ecolóxico material: as vacas na India ou o coche nos EE.UU.

327 Roseberry 2004.

328 Asade 1973, ou a obra xa citada de Eric Wolf 1982.

329 A antropoloxía cambiou a súa mirada dende a categoría de xénero, non nos detemos aquí pero pode verse: Thuren 1993 pola súa análise do concepto de poder, ou as obras de Harris-Young 1979, e Moore 1991 como os clásicos na semántica da antropoloxía e o feminismo, e as obras de Wolf 1992, Lerner 1990 ou Puleo 1992 dende unhas perspectivas máis teóricas.

330 Clifford-Marcus 1986.

331 Rabinow 1977 ou tamén Clifford 1990 onde cuestionase a figura dos cadernos de campo de B. Malinowski.

332 Na mesma liña véxase: Carrithers 1990, Coombe 1991, Crapanzano 1986, Denzin 1995, Harris 1998, Johnsen 1992, White 1985 e Young 1981.

333 Analizaremos con máis detalle esta corrente polas súas contribucións no estudo dos sistemas médicos, pero poden entenderse as formulacións da narratividade e as súas aportacións á semántica antropolóxica en: Carrithers 1990, Josselson-Lieblich 1993-1996, Gagnon 1993, ou Lieblich-Tuval 1998.

334 Wolf 2004.

antropoloxía xeraron toda unha semántica en torno ao estudo das culturas campesiñas en sociedades industrializadas ou en proceso de modernización. A Antropoloxía en España³³⁵ atopou o seu nicho de especialización nas sociedades campesiñas das Comunidades Autónomas³³⁶, especialmente das denominadas histórica tras a Constitución de 1978.

A semántica da antropoloxía: a omnipresencia do concepto de cultura³³⁷.

Como vemos a semántica da antropoloxía xira en torno a un mesmo lema repetido en mil e unha formas: “Todo é cultura“. Pero tres foron as bases e marcas de identidade da antropoloxía como parte do sistema ciencia. Primeiro, o seu obxecto de estudo: preferentemente as sociedades non industrializadas. Segundo, o seu método cualitativo: a observación participante no traballo de campo. E terceiro, a súa perspectiva centrada no concepto cultura, con dous principios interpretativos: o holismo e o relativismo cultural.

Baséase a antropoloxía en tres distincións que xeran formas de observación: civilizado fronte a non civilizado, cualitativo fronte a cuantitativo e nós fronte a eles. Ao longo da historia social desta disciplina o concepto de cultura, nacido da propia semántica do sistema social no século XIX foise xeneralizando ata converterse nunha observación exportable a outros campos científicos³³⁸. Dunha distinción para a auto observación do sistema sociedade nacente no século XIX, construíuse o concepto interpretativo da Antropoloxía en tanto que ciencia. Necesitamos agora deternos na historia doutra ciencia social, a socioloxía, pois esta construíuse en paralelo coa Antropoloxía. Como veremos, a socioloxía difire nas marcas de identidade, pero estuda dende outras diferenzas o mesmo sistema social. Antes de describir a historia da antropoloxía médica revisaremos as formulacións da socioloxía e a constitución da semántica da socioloxía.

A antropoloxía médica: a medicina da cultura.

A antropoloxía médica utiliza o imaxinario e a semántica descrita do concepto de cultura para describi-lo sistema médico. Así tódolos elementos sinalados deste acervo de sentido aplicanse á observación antropolóxica da medicina.

No século XIX, antes da especialización clínica nos hospitais dos médicos³³⁹, ao fío da mesma semántica do sistema social funcionalmente diferenciado, xorden dous elementos importantes para a antropoloxía médica. Primeiro as explicacións evolucionistas dos sistemas relixiosos e máxicos con J.G. Frazer (1854-1941)³⁴⁰ ou E. B. Tylor (1883-1917)³⁴¹ como exemplos. Ademais comezan a aparecer recompilacións das prácticas médicas de diferentes sociedades, as denominadas *folk* medicinas. Esta

335 A historia da antropoloxía en España: Aguirre 1992; Álvarez Uría-Varela 2000; Prat-Martínez 1991; Gómez Benito-González Rodríguez 1997; Prat i Caros 2003.

336 Galicia: Lisón Tolosona 1983 ou País Vasco: Val 1988; véxase nota anterior sobre historia da antropoloxía en España para máis detalles.

337 O sociólogo alemán F. Tönnies (1855-1936) denomina comunidade (*Gemeinschaft*) ao conxunto social orgánico orixinario fronte á sociedade (*Gesellschaft*), Sociedade é un creación natural fronte á comunidade como creación natural humana (Tönnies 1887). As variacións semánticas desta distinción están na orixe de toda a contraposición entre socioloxía e antropoloxía, que, por exemplo, non está tan clara en Durkheim quen define a súa distinción solidariedade orgánica e mecánica inspirado nesta distinción (Durkheim 1984).

338 Vale como exemplo o uso do concepto cultura de empresa en Economía para a optimización dos recursos ou capital humano (Toharia 1983); ou a xa citado análise do mito deste concepto por Gustavo Bueno (1996).

339 A antropoloxía nun sentido filosófico amplo (preocupación metafísica polo home), estivo unida socialmente á formación médica (aínda que algúns persisten nese empeño: Laín Entralgo, calquera das súas obras citadas na bibliografía, pode servir de exemplo). Foucault 1986 (1963) explica perfectamente a especialización clínica no hospital da que falaremos ao analizar a semántica da medicina e a psiquiatría.

340 O clásico: Frazer 2006.

341 Tylor 1871.

recollida folclorista e etnográfica de datos durante boa parte do século XX levouse a cabo ata a Segunda Guerra Mundial (1939-1945)³⁴².

Diferentes autores en diferentes países comezan a falar así de Medicinas populares ou Sistemas médicos non biomédicos³⁴³, diferenciándose a “Etnomedicina” ao fío da semántica da Escola de Cultura e Personalidade e as observacións da Escola de Chicago. Nos anos sesenta aparece unha preocupación máis “global” polos sistemas médicos asociados a cada grupo social, así como unha crítica co cuestionamiento do poder médico ao estar a biomedicina a universalizarse a nivel planetario. É entón cando xorden os primeiros departamentos de Antropoloxía médica nas grandes universidades (Fábrega, Kleinman), e a chamada Antropoloxía médica aplicada³⁴⁴. O sistema médico do sistema sociedade actual diferenciouse ao longo do século XX. Con el, as observacións descritivas da antropoloxía cinguíronse á súa especialización e cambios. No proceso os dous, sistema médico e antropoloxía, fixéronse máis complexos.

A maxia e a relixión da cultura (Século XIX).

James Frazer³⁴⁵ (1854-1883-1917) postulou tres fases na evolución social: máxica, relixiosa e científica. O significativo da súa contribución, coherente co evolucionismo decimonónico xa descrito, foi a similitude que atopou entre maxia, relixión e ciencia. Todas elas fan da natureza unha *orde* na que o mago, o relixioso ou o científico interven porque “coñecen” as súas leis. A maxia ou a relixión son equivalentes da ciencia no funcionamento social³⁴⁶. Equivalen na súa función social pois achegan tranquilidade ao explicar e intervir na natureza. Nesta mesma escola inglesa de pensamento antropolóxico³⁴⁷ Tylor postulo o animismo como orixe na evolución das relixións, pero atopa un mesmo elemento social en tódalas relixións: a cultura³⁴⁸. A maxia e a relixión son creacións onde o todo cultural dá orde á natureza³⁴⁹. A sociedade organízase para impregnar cada elemento cultural e dar sentido ao seu contorno.

W. H. Rivers³⁵⁰ aplicou o mesmo esquema de Tylor ou Frazer á medicina. Rivers dotou a “medicina aborixe” dun carácter de institución social. Os aborixes, defendía, mesturaban relixión, maxia e ciencia nas súas prácticas “naturalistas” para enfrontarse á enfermidade. De aí que unha crenza relixiosa sobre a orixe dunha enfermidade fundamentese nos mesmos elementos sociais que unha explicación científica. A base é a cultura onde as dúas adquiren sentido. A medicina como unha parte da ciencia ten tamén o seu parentesco coa relixión ou a maxia. A diferenza estaría na sociedade, civilizada ou primitiva, na que adquire sentido. Esta é a idea central da semántica da antropoloxía médica. Pódese resumir nunha soa

³⁴² Como veremos en Galicia mantense esta tendencia.

³⁴³ Véxase entre moitas outras referencias usadas: Amarasingham 1990; Baer 1987; DiGiacomo 1987; Kleinman-Hahn 1983; Lupton 1994.

³⁴⁴ Singer 1980, 1990.

³⁴⁵ A maxia sería entón “irmá bastarda da ciencia” Frazer 1911: 51, Frazer 2006.

³⁴⁶ Cassirer 1980, 1986.

³⁴⁷ Evolucionista, positivista, unida ao colonialismo, politicamente comprometida co imperio británico, coa tese da unidade mental da humanidade.

³⁴⁸ “Quen comprenda a significación que ten a crenza das salvaxes e os bárbaros nos seres espirituais, farase cargo dese estado de cultura en que a relixión das rudas tribos constitúe a súa filosofía e contén, ao mesmo tempo, unha explicación do que son eles mesmos e do mundo en que viven, tal como as súas inadecuadas intelixencias poden comprendela” Tylor 1881; citado en Comelles-Martínez 1993: 25..

³⁴⁹ “O aborixe (froito da súa perspectiva evolucionista) non distingue entre maxia, medicina e relixión”. Tylor 1871: 145, citado en Comelles-Martínez 1993: 25.

³⁵⁰ Rivers 1924

frase repetida en miles de versións: “a medicina como cultura”³⁵¹. O seu desenvolvemento e implicacións foron a clave da emerxencia desta disciplina.

Destas ideas do evolucionismo positivista e decimonónico nace o concepto de “medicina folk”. Estúdanse as medicinas de cada cultura. Inclúese a botánica local e as plantas utilizadas no contexto da súa relixión e cultura. Cada medicina folk enfróntase á enfermidade dende a cultura. O concepto connota primitivismo. Médicos, xuristas e historiadores do século XIX e principios do XX estudaron dende esta perspectiva os “sistemas médicos” das sociedades “primitivas”³⁵². En cada rexión do planeta xurdiron historiadores curiosos dos “costumes” locais. Xa no século XX este foco semántico do imaxinario da antropoloxía focalizase nos “primitivos” próximos a nós: os campesiños e agricultores cercanos xeográficamente ás sociedades industrializadas. Pero a perspectiva sobre a medicina herda o seu *leitmotiv* de Frazer, Tylor e Rivers. O concepto de cultura nacido da sociedade funcionalmente diferenciada adquire na antropoloxía primeiro e nas súas subespecialidades despois, o seu sentido na ciencia da sociedade.

Dende esta semántica é un exemplo paradigmático o estudo clásico funcionalista de Evans-Pritchard sobre os centroafricanos Azande³⁵³. A bruxaría Azande é contextualizada no *todo* cultural onde adquire sentido como “medicina local”. O seu “sen-sentido” aparente é *relativo* no interior da cultura. Os estudos sobre a Medicina Tradicional Galega son expoñentes da aplicación, consciente ou inconsciente, do concepto de todo cultural a unha sociedade definida idealmente como tradicional e campesiña. O *meigallo*, o mal de ollo ou o levantamento da paletilla estúdanse como curiosidades folk dunha “sociedade primitiva” pero próxima. En Galicia temos as recompilacións de ritos, rituais, ensalmos e enfermidades levadas a cabo por médicos atónitos³⁵⁴, mestres alfabetizadores³⁵⁵, militares ou sacerdotes³⁵⁶. Dende unha perspectiva respectuoso pero sorprendida, ou mofándose da inxenuidade de determinadas prácticas, a semántica é a sinalada. Engádese en Galicia un aire nostálxico á dúbida xoguetona sobre a veracidade ou eficacia de certas prácticas sanadoras. A medicina é cultura “morriñenta”, adaptada cariñosamente o enfermo.

Etnomedicina /biomedicina.

Un paso máis desta semántica exprésao ben E. H. Ackerknecht (1906-1988) na súa obra *Medicina e Antropoloxía social*³⁵⁷. Influído polas teorías de cultura e personalidade, coa obsesión polo respecto a un traballo de campo metodoloxicamente ben definido, Ackerknecht acuña o concepto de “medicina primitiva”³⁵⁸. Aínda que mantén a idea dunha proximidade entre maxia e medicina de Tylor ou Frazer Ackerknecht refuta a idea das Etnomedicinas como simples embrións da medicina occidental. A idea, de

³⁵¹ Traducindo e ampliando o sentido do título da obra de Lupton (1994): *Medicine ás cultura*.

³⁵² Coe 1973: 176 e ss. “As folk medicinas”.

³⁵³ Evans-Pritchard 1976 (1936).

³⁵⁴ Rodríguez López 1974; Lis Quibén 1980 (1949).

³⁵⁵ Fraguas e Fraguas 1973, 1985, 1988. Ou os mesmos traballos de Lisón Tolosana.

³⁵⁶ A historia do Santuario de San Campio, preto de Noia, recollida polo seu párraco véndese o mesmo día en que os peregrinos mollan un pano para “espantar” a doenza. López Míguez 1992.

³⁵⁷ Ackerknecht 1985.

³⁵⁸ Influenciado por Redfield (1934, 1941, 1975).

novo, é propoñer unha observación de cada etnomedicina dende un modelo cultural total³⁵⁹, tras un traballo de campo rigoroso.

Ábrese entón unha nova diferenza dende a que observar. Fronte á medicina primitiva temos a “biomedicina”. Sería esta a medicina ou sistema médico propio do “mundo occidental”. A biomedicina é a medicina propia da cultura occidental, científica segundo os modelos de ciencia vixentes en occidente. Biomedicina é polo tanto a contrapartida das etnomedicinas ou folk medicinas³⁶⁰. Se cada medicina é produto dunha cultura, entón a cultura occidental, avanzada, non primitiva, branca, non negra, non subxectiva e obxectiva, é tamén relativa á súa sociedade. Na literatura de antropoloxía médica xorde esta forma de observación, cun amplo “éxito mediático”³⁶¹ engadido. A sociedade diferenciada funcionalmente nunha crecente complexidade ofrece así un paradoxo no súa auto observación. Cada cultura ten a súa medicina, polo tanto o sistema social global ten a súa etnomedicina³⁶².

Fronte a as medicina locais con significado cultural, os antropólogos critican á biomedicina polo seu exceso de institucionalización, a súa fría obxectividade. O seu esquecemento en definitiva da experiencia subxectiva de estar enfermo. A biomedicina é burocrática, está profesionalizar e contribúe a “medicalizar” toda experiencia local (“auténtica”) de enfermarse³⁶³. Os dous polos da diferenza fúndense neste elemento da semántica da antropoloxía médica para permitirla observación “crítica” do sistema médico da sociedade contemporánea dende a antropoloxía médica.

60's: Illness / Disease / sickness.

Na literatura teórica dos setenta³⁶⁴, e na denominada antropoloxía filosófica cristiá fenomenológica de médicos como Laín Entralgo³⁶⁵, manexábase unha distinción entre dous planos da enfermidade. Primeiro, diferenciábase o nivel biolóxico de esta, Fábrega³⁶⁶ ou Kleinman³⁶⁷ (1980) identificábano como *disease*³⁶⁸. Un segundo plano, abandonado, alégase, pola biomedicina, é a *illness*. Este correspondíase coa expresión dos síntomas e do sufrimento en cada cultura. Cada enfermidade biolóxica tiña o seu “equivalente” en cada cultura. Como Fábrega, Kleinman e Laín eran médicos, estes conceptos estaban “medicalizados”³⁶⁹.

³⁵⁹ Así os conceptos de "auto normal" e "auto patolóxico" definen formas culturais aceptadas de estar enfermo ou san, mentres que a "hetero normalidade" e a "hetero patoloxía" serían formas desviadas de saúde /enfermidade respecto a un todo cultural (Ackerknecht 1985, Comelles 1993).

³⁶⁰ Tamén aplicable ao concepto de sistema médico usado dende a antropoloxía, entre outros por Kleinmann (1995).

³⁶¹ Este concepto úsase hoxe en día nas normativas legais (Proxecto de lei de calidade sanitaria da Xunta), prensa e nos plans estratéxicos da Consellería de sanidade (2005).

³⁶² "Biomedicine (Western scientific medicine ás a cultural construct): Modern western medicine has ás a basic theoretical viewpoint the idea that the human body is a machine composed of different systems and parts. A healthy body is a well-functioning machine; a sick or injured body is a machine in need of repair, either mechanical repair, or combined treatment to eliminate pathogens which are causing harm. The basic curative framework of Western medicine involves the use of chemical therapy, either ingested or injected, and mechanical correction, through surgery or mechanical devices to alter positioning or function. Preventive medicine deals with ways to prevent the body-machine from breaking down, and how to keep it immune to pathogens. The main difference between traditional Chinese medicine and modern Western medicine is one of analytical perspective. Traditional Chinese medicine sees each patient ás a unique individual in a specific social-familial milieu; prevention and treatment is tailored accordingly to each individual. Western medicine sees a "disease" or a "case" whose parameters are mechanical and/or pathological, and the practitioner does basic treatment on those standardized parameters. Western medicine does not consider the patient ás an individual, nor does it consider the social-familial milieu to be of major importance" Torres (1995), na análise como tese presentado sobre a Acupuntura na costa oeste do pacífico, incluíase esta definición de biomedicina no glosario.

³⁶³ Kleinman 1995.

³⁶⁴ Comelles 1997.

³⁶⁵ Laín Entralgo (1987). Enmarcado na psiquiatría típica do Franquismo en España (véxase González Duró 2008).

³⁶⁶ Fábrega (1972, 19874) diferencia entre *disease* (patoloxía biolóxica etic) e *illness* (aflicción folk, emic) sen abandonar o criterio biomédico.

³⁶⁷ Kleinman 1980.

³⁶⁸ Comelles 1997.

³⁶⁹ Comelles 1997.

Nos setenta, antropólogos da medicina non médicos³⁷⁰ (Mallart³⁷¹, Zempléni³⁷², Tausig³⁷³, Young³⁷⁴) dende unhas posturas vinculadas ao marxismo, introducen unha visión máis global. Engádense agora elementos sociais ao concepto de enfermidade, aparece así unha terceira dimensión. A palabra *sickness* en inglés serviu tradicionalmente para designar esta dimensión social fronte á biolóxica (*illness*) e a cultural (*disease*). Estes tres elementos engadíronse á semántica achegada pola antropoloxía médica sobre a enfermidade en xeral e sobre a EMG. Así na psiquiatría³⁷⁵ é hoxe común falar das dimensións sociais, biolóxicas e psicolóxicas da experiencia dunha doenza. Na literatura psiquiátrica fálase máis de elementos psicolóxicos individuais englobando/traducindo ao seu sistema de observación estes conceptos técnicos da antropoloxía nados na auto descrición do sistema sociedade. Segundo cada autor os elementos psicolóxicos de enfermar obsérvanse dende unha das tres distincións sinaladas.

Coa aparición das primeiras clasificacións internacionais das enfermidades³⁷⁶ as tres dimensións vólense aínda máis complexas. Os sistemas de clasificación internacional, no noso caso das EM, universalizan criterios de diagnóstico, para, nunha perspectiva “biomédica”, mellorar tratamentos e prognósticos. Xorden entón doenzas sen un correlato biolóxico claro (EM maioritariamente) pero cunha grande. Aloégase, riqueza social e cultural. Son os denominados nunha perspectiva complexa “bio-socio-psico psiquiátrico”: *Culture-Bond Syndromes*³⁷⁷. A lista non deixou de aumentar dende entón: *amok* (Asia), *koro* (Asia), o *susto*, *nervios*, *mal de ollo*, o *do* (culturas latinas) ou a *morte vodú* entre moitos outros.

Pero quizais o cambio máis importante nos anos sesenta fora unha derivación da antropoloxía médica cando defendeu a súa especificidade académico universitaria. O antropólogos da medicina salvagardaron con éxito as súas observacións, gañando postos académicos, ao diferenciarse da socioloxía médica. Mentres que a socioloxía médica identificase como cualitativa “afastada do enfermo e a súa cultura” a antropoloxía médica defende aportar unha descrición próxima ao enfermo. O traballo de campo específico do antropólogo fronte á enquisa cualitativa do sociólogo sinala a diferenza. Esta diferenza fai aos antropólogos observar a sociedade dende unha perspectiva “única”. A “misión” soñada do antropólogo é “dar voz” ao que non a ten por si mesmo, polo menos dentro do contexto occidental³⁷⁸. Trátase polo tanto de “achegar” descrições “densas”³⁷⁹ das interpretacións locais da enfermidade e das experiencias desas enfermidades narradas en “primeira persoa”. O imaxinario de antropólogo pasa entón

³⁷⁰ Comelles 1997.

³⁷¹ Mallart 1978.

³⁷² Zempléni 1966, 1985.

³⁷³ Tausig 1980, 1987, 1999. Cunha socioloxía da EM da que falaremos nun momento.

³⁷⁴ Young 1980, 1982, 1993, 1995.

³⁷⁵ A literatura fenomenolóxico franquista adoptou esta tripla dimensión nas súas formulacións teóricas (Lain 1987; López Ibor 2005), outra cousa eran as súas prácticas nos Manicomios (Manuel 2: 5), ou os excesos identificando ao marxismo cunha enfermidade mental (Quiñonero (2001) referíndose a como Vallejo pai fai tal identificación en plena postguerra). Os exemplos deste uso na psiquiatría son incontables, case todo artigo ben intencionado faise eco da complexidade da EM: Vallejo Ruiloba (1991) é unha recompilación de artigos sobre cada diagnóstico psiquiátrico; os diferentes eixes dos Manuais de diagnóstico da Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) fanse tamén eco destas dimensións complexas.

³⁷⁶ A Organización Mundial da Saúde e os seus ICE 1-10, e a Asociación Americana de Psiquiatría cos seus DSM I-IV.

³⁷⁷ A literatura sobre esta temática é extensa e pode consultarse na bibliografía. O libro paradigmático é a obra colectiva de Mezzich-Kleinman-Fabrega-Parron (1996) baixo o manto protector da liña financiada polos DSM. Comelles-Matínez Hernández propón como tradución desta expresión inglesa: síndromes determinadas culturalmente (1993: 83), pero non recolle toda a forza semántica da expresión en inglés.

³⁷⁸ As obras de Foucault sobre os EM (Foucault 1985) ou sobre os presos (1988) son exemplos deste empeño, a un nivel máis sociolóxico filosófico, dentro do inclasificable do pensador francés.

³⁷⁹ Concepto de C. Geertz (1989) de gran éxito.

a ser: “aquele que dá voz” ao que “carece dela”. Ao engadir os compoñentes “postmodernos” antes analizados xorden as “narrativas”³⁸⁰ dende cada individualidade, e dende cada cultura. Este imaxinario de compromiso coa diferenza, co que sofre, co oprimido ao que dar voz é unha das claves de identidade da antropoloxía médica³⁸¹.

A antropoloxía médica aplicada: antropoloxía do sistema médico global.

Nos anos oitenta os antropólogos da medicina colaboran con organizacións internacionais e grandes empresas como “tradutores culturais”. Os antropólogos da medicina definen a súa posición para solucionar problemas de comprensión entre sistemas médicos en conflito nunha sociedade planetaria. Xorde así a denominada Antropoloxía Médica aplicada³⁸². A antropoloxía aplicada en xeral defínese co uso de “datos, perspectivas, teoría e métodos antropolóxicos para identificar, avaliar e resolver problemas sociais”³⁸³. Nos Estados Unidos e Inglaterra os antropólogos “aplicados” son os “empregados por axencias ou organizacións involucradas en inducir cambios en pro do benestar humano”³⁸⁴.

A antropoloxía médica aplicada³⁸⁵ desenvolveuse inicialmente en EEUU, Canadá e varios países de Latinoamérica. “Colaboraban” medicina e antropoloxía³⁸⁶ no despregamento de programas de saúde comunitaria entre minorías étnicas e culturais. O obxectivo era usar o coñecemento do local e cultural para aplicar con sentido os coñecementos da biomedicina³⁸⁷. Un exemplo perfecto sería o “Manual” para médicos e enfermeiros escrito por Geri-Ann Galanti³⁸⁸. Neste libro explícase como promover a “comprensión” médica nun Hospital occidental cando os pacientes proveñen de culturas diferentes, especialmente latinas.

No imaxinario propio da antropoloxía médica este elemento de *pragmatismo* e *utilidade* está sempre presente. Serve ademais como contrapeso crítico para lexitimar, dende a ausencia de utilidade achacada ás outras perspectivas, a necesidade incuestionada dos estudos de antropoloxía. É a observación global ofrecida dende a forma cultura.

A Antropoloxía médica en España e Galicia.

Jesús M. de Miguel (sociólogo español) e Michael Kenny (antropólogo británico) editan en 1980 en España unha recompilación de artigos co título: *Antropoloxía médica en España*³⁸⁹. Os principais autores españois (Miguel, Comelles, Prat, Puxadas, Esteva Fabregat, Lisón Tolosana³⁹⁰) e non españois,

³⁸⁰ A bibliografía dende unha perspectiva centrada na narratividade na antropoloxía médica é extensa, véxase bibliografía; na obra de Mattingly (1998) o subtítulo do libro expresa ben a idea central desta perspectiva: a estrutura narrativa da experiencia.

³⁸¹ Un bo exemplo sería esta declaración de intencións dun sociólogo británico no capítulo inicial do libro que edita sobre biografías de enfermos: "The need to understand illness in terms of the patient's own interpretation of its onset, the course of its progress and the potential of the treatment for the condition" (Radley 1993: 1).

³⁸² Véxase Kottak 1996, Bennet 1996, Cadenas 2005; Scheper-Hughes 1990, e Comelles-Hernández 1993.

³⁸³ Kottak 1996.

³⁸⁴ Bennet 1996: 23-53. Nótese o elemento ético usado, xa analizado anteriormente. Por antropoloxía aplicada enténdese non só investigan senón cando realizan "funcións prácticas, xa sexa como responsables directos ou indirectos da aplicación de medidas de intervención en problemas sociais, en ámbitos relacionados coa aplicación práctica de coñecementos e métodos antropolóxicos". Cadenas 2005 Ramos 2005: 13: 9.

³⁸⁵ Véxase Scheper-Hughes- Lock 1990: 189-197.

³⁸⁶ Comelles-Hernández 1993

³⁸⁷ En China la Revolución utilizo os denominados "Médicos da pía" cunha formación rápida mixta entre os Medicina Tradicional China e Biomedicina nunha aplicación pragmática similar con anterioridade: Unschuld (1985, 1987, 1998), Hammer (1990) Harre, e sobre todo o manual *The Revolutionary Health Community of Hunan Province* 1977.

³⁸⁸ Galanti 1991. Especificamente escrito con casos de hospitais en EEUU onde a autora é enfermeira. Navajos ou Latinos supoñen un reto para o facultativo. Coa antropoloxía a comprensión coa biomedicina mellorará supostamente.

³⁸⁹ Kenny-Miguel 1980.

³⁹⁰ Véxase bibliografía de cada autor.

con traballos sobre España (Brandes, Foster, Press³⁹¹) están recollidos nesta obra. Unha cita da primeira frase coa que se inicia un artigo sobre o mal de ollo expresa a distinción, dentro da diversidade do propio libro, sobre a que se constrúe a observación:

*“A crenza no mal de ollo constitúe unha herdanza do pasado a orixe do cal resulta imposible de describir na actualidade”*³⁹².

Dende 1980 a literatura en Antropoloxía médica non fixo máis que multiplicarse exponencialmente, achegando datos empíricos e “descricións densas” do sistema médico, ou sistemas médicos, en España. Non nos detemos en todos e cada un senón só nos significativos para o noso tema³⁹³.

Lisón Tolosana dende a Facultade de Socioloxía en Madrid fixo “traballo de campo” en Galicia nos anos sesenta e setenta, especialmente nas montañas de Lugo. Dende unha perspectiva funcionalista “renovada” nas súas primeiras obras, e cunha maior profusión hermenéutica e histórica nas obras posteriores, Lisón Tolosana é un clásico da antropoloxía en Galicia. Na súa obra *Antropología cultural de Galicia*³⁹⁴ describe primeiro o “todo” cultural: a súa estrutura social será a base da súa descrición “etnográfica”. O primeiro volume³⁹⁵ inclúe táboas, cadros comparativos e estatísticas coas que describe a “estrutura social”. No segundo volume céntrase nas “curiosas” crenzas dos galegos. O título deste segundo volume di “exactamente” o que se pode atopar no interior: *Bruxaría, estrutura social e simbolismo en Galicia*³⁹⁶. A súa interpretación das prácticas galegas de curación (ensalmos por exemplo) é a explicación ao contextualizarlas na estrutura social, como fíxose tamén co uso do carro ou da Casa galega ao ser explicados tamén no todo cultural onde adquiren sentido.

Xa nos anos oitenta, Mariño Ferro, nas súas múltiples obras “interpreta a medicina popular galega”³⁹⁷ como unha versión adaptada do catolicismo segundo o ecosistema local. Toda enfermidade é unha “adaptación popular” dunha crenza católica, onde o mal e o ben xogan un papel “simplificador” na mentalidade campesiña. A enfermidade é sempre o demo católico nas súas múltiples versións ou servos, mentres que a curación está no “ben”, o sacerdote, a misa e os seus ensalmos. A obra de Mariño Ferro é un “diccionario” etnográfico interpretado dende a clave do “catolicismo popularizado”. Os elementos da semántica evolucionista non se abandonaron aquí, interpretados dende a semántica relixiosa do demo fronte ao poder divino. Dalgún xeito, Mariño Ferro establece na medicina un equivalente funcional da relixión. Co cal, o campesiño galego ao ver un espírito malvado nunha doenza obtén unha visión global, supostamente externa ao sistema social, simple e tranquilizadora. A diferenza base desta observación queda perfectamente esquematizada nesta frase doutro estudo antropolóxico sobre Galicia na mesma liña: “toda medicina é relixiosa e toda relixión é terapéutica”³⁹⁸

³⁹¹ Véxase bibliografía de cada autor.

³⁹² Díaz Ojeda-Sevilla 1980: 209.

³⁹³ A rede semántica analizada anteriormente recolle perfectamente a diversidade dos datos achegados, aplicando as súas connotacións con maior ou menor éxito á xeografía e diversidade local.

³⁹⁴ Lisón 1983.

³⁹⁵ Lisón 1983 (1974).

³⁹⁶ Lisón 1983 (1979).

³⁹⁷ Mariño Ferro (1985, 1986): *A medicina popular interpretada*.

³⁹⁸ Briones 1997: 197.

Pero os que achegaron máis elementos a esta disciplina foron Josep M. Comelles e Anxo Martínez Hernáez, con traballos específicos sobre EMG en España³⁹⁹. Xuntos publican un pequeno manual⁴⁰⁰ coas claves específicas da antropoloxía médica: dimensións da enfermidade, historia da biomedicina e as súas relacións coa antropoloxía, propostas implícitas de estudio, etc. que vimos sinalando. Len a historia da medicina ata a aparición da antropoloxía médica como unha especie de “conciencia crítica” do sistema médico.

A antropoloxía médica da EMG

“Está claro que a cultura debe valorar e facer aptos para a vida social mesmo a tipos humanos moi inestables. Se se escollese tratar as súas variables como variables máis valiosas da conduta humana, os individuos en cuestión aproveitarían para realizar os seus papeis sociais sen referencias ás nosas pautas normais sobre os tipos que poden adaptarse socialmente e os que non. Os que funcionan inadecuadamente en calquera sociedade non son aqueles que teñen certos trazos anormais fixos, senón aqueles dos cales as respostas nativas non reciben apoio nas institucións das súas culturas. A fragilidade destas aberracións é, en boa medida, ilusoria. Despréndese non do feito de que faltalles o vigor necesario, senón de que son individuos dos cales as respostas nativas non son reafirmadas pola sociedade”⁴⁰¹.

A antropoloxía médica da EMG é unha aplicación á EMG da semántica descrita. Emerxe e diferénciase con conceptos e observacións propias. Parte do concepto holista de cultura, do principio xeral do relativismo e dun método de traballo de campo como pautas iniciais de identidade para irse diferenciado no estudo da EMG.

O elemento específico da semántica da ENG dende a antropoloxía médica son as posesións e os endemoniados. A asunción, claramente explicitada ou non, é sempre a mesma. As posesións e os endemoniados son expresións culturais das EM. Son os antecedentes máxico relixiosos da explicación científica biomédica. Se “medicina é cultura” é o lema da antropoloxía médica en xeral, na súa aplicación á EMG sería: “a loucura é cultura” tamén. A antropoloxía da EMG son variacións sen fin sobre esta mesma premisa. O imaxinario da EMG dende a AM constrúese sobre esta distinción.

Cada totalidade cultural educa os seus individuos nas súas pautas do normal e do patolóxico como sinalaba Ruth Benedict⁴⁰². A cita coa que iniciamos este apartado delimita o *leitmotiv* de toda a Antropoloxía da EMG. Teríamos primeiro aos individuos inestables que atopan acomodo coa cultura local. Pero posto que a anormalidade é definida ao interior de cada cultura, habería individuos “inestables” sen resposta nas súas institucións culturais⁴⁰³. A EMG baila para a antropoloxía médica entre estes dous tipos que acabamos de apuntar: entre o tolerado culturalmente cun rol de “tolo” aceptado, e aqueles que sendo inestables, non tolerados (coincidindo “curiosamente” cos criterios en moitos casos da psiquiatría biomédica). Son dous clásicos desta perspectiva as propostas dunha

³⁹⁹ Dende os anos noventa na Universidade Pública de Tarragona ofrécese programas de formación específicos en antropoloxía médica. Unha bibliografía completa da antropoloxía médica en España ata o ano 2000 elaborada por Josep M. Comelles e Enrique Perdigüero pódese consultar na web: <http://web.mac.com/josepmcomelles/REDAM>.

⁴⁰⁰ Comelles-Martínez Hernáez 1993.

⁴⁰¹ Ackerknecht 1985: 63, nota 3.

⁴⁰² “Dentro dun amplo espectro a normalidade vén definida culturalmente” Benedict 1934: 73.

⁴⁰³ Ackerknecht quere non obstante separarse das connotacións semánticas da sociología da desviación: “...o desviado actúa contra a súa cultura, mentres que o normal actúa coa súa cultura” Ackerknecht 1985: 182.

Etnopsiquiatria do etnólogo francés G. Devereux (1908-1985)⁴⁰⁴ e de Socioloxía das Enfermidades Mentais de tamén francés R. Bastide (1898-1974)⁴⁰⁵. Ambos os dous cun claro compoñente psicoanalítico nas súas observacións.

A etnopsiquiatria G. Devereux acuña o concepto de psicose étnica⁴⁰⁶. Cada sociedade posúe un trastorno psíquico característico. Pero ao mesmo tempo cada sociedade proporciona aos seus membros os medios para solucionar o problema. En cada individuo dunha sociedade e cultura teríamos os dous elementos: o trastorno típico e a solución. Sucede que algún dos integrantes da cultura presenta de forma máis violenta o conflito. Os modelos violentos de conduta incorrecta son os propios dos chamados enfermos mentais, argumenta Devereux⁴⁰⁷. Cando engadimos ademais o contacto intercultural, como no exemplo do emigrante africano, as culturas se mesturan, mesturándose tanto os trastornos típicos como os procedementos culturais para superalos⁴⁰⁸. Segundo Devereux, o combinado que nace das enfermidades e as súas defensas é completamente incoherente, xerando pautas de conduta violentamente anormais. A psicose étnica característica da sociedade occidental capitalista sería a esquizofrenia⁴⁰⁹, e estudada polo seu sistema médico, a biomedicina.

R. Bastide defende unha concepción durkhemiana da EM⁴¹⁰. Diferencia dous tipos de anomía en Durkheim⁴¹¹, unha anomía subxectiva definida en *A división social do traballo*, e outra obxectiva, definida no *Suicidio*. Na primeira a estrutura social provoca o malestar que a socioloxía debe canalizar. Na segunda é a falta de control nas paixóns a que explica as taxas do suicidio⁴¹², socialmente normais por outra banda. A primeira provoca a aparición de conflitos no interior de órganos solidarios, cando temos ausencia de regulamentación. Coa distinción do segundo tipo Durkheim, e Bastide, reconece a importancia do control social das consciencias individuais (cultura), mentres que coa primeira subliñan o funcionamento das institucións sociais (sociedade). Se engadimos unha concepción marxista onde a infraestrutura é sempre orixe causal da superestrutura, a enfermidade mental non aparece senón como unha reticencia da sociedade capitalista. Co cambio social cara a unha sociedade sen clases, a enfermidade mental, elemento supra estrutural froito da explotación e a desigualdade burguesas, desaparecerá⁴¹³.

C. Esteva Fabregat en 1980 resume as claves da AM da EM para España nun artigo titulado: “Cultura e saúde mental”⁴¹⁴. Nesta, e a maior parte das súas obras⁴¹⁵, Esteva Fabregat constrúe a súa observación dende unha semántica psicoanalítica. A saúde mental está na “integración normal”⁴¹⁶ na

⁴⁰⁴ Devereux 1973 (1970).

⁴⁰⁵ Bastide 1972, 1978.

⁴⁰⁶ Devereux 1973 (1970).

⁴⁰⁷ Devereux 1973 (1970).

⁴⁰⁸ Devereux utiliza datos das colonias francesas e dos emigrantes destas colonias residentes en Francia. A semántica da emigración na súa asociación coa EMG será unha constante da bibliografía.

⁴⁰⁹ Devereux 1970: 261-262.

⁴¹⁰ “As enfermidades mentais expresan canto a sociedade pode presentar de patolóxico en cada unha das súas etapas, ou para cada un dos seus tipos: integración demasiado rixida, exceso de individualismo, solidariedade forzada, ausencia de regras que poden poñer freo ás paixóns individuais”. Bastide 1972.

⁴¹¹ Bastide 1965: 27-29.

⁴¹² O rol de enfermo fallou na semántica analizada antes de Parsons.

⁴¹³ Bastide 1972, p. 173.

⁴¹⁴ Esteva Fabregat 1980.

⁴¹⁵ Esteva 1993 sería un bo exemplo.

⁴¹⁶ Esteva 1980: 89-90.

cultura de cada individuo. Argumenta como os cambios acelerados, a emigración e os procesos de perda cultural explican os diferentes graos de saúde mental ata chegar á EM⁴¹⁷.

Martínez Hernández⁴¹⁸ aplica a distinción *illness/disease/sickness* a un estudo antropolóxico da Esquizofrenia en Cataluña. Describe unha por unha as tres dimensións: a psicobiolóxica (*disease*), a cultural ou expresiva (*disease*) e a social (*sickness*) da esquizofrenia. Expón os casos ordenados como unha cebola con diferentes capas. A hipótese explicativa do libro é unha indefinición básica constitutiva da EM⁴¹⁹, as capas sucesivas da cebola teñen nesta incerteza o seu oculto corazón. A EM (a esquizofrenia para o autor) é unha enfermidade a definición da cal sen unha base probada, por iso mestura elementos sociais⁴²⁰. Analiza tamén o concepto de comunidade nas unidades asistenciais, sen lle atopar alí o significado denso que sí ten na antropoloxía. Con iso “desmonta” a afirmación socio psiquiátrica de que un esquizofrénico ten mellor prognóstico se ten unha boa rede social. A súa tese é que as redes de EM no propio centro de Barcelona, dende a semántica antropolóxica que xera a súa observación, dan mellor prognóstico que as creadas de forma artificial como redes de asistencia. Apunta, nunha análise en clave lacaniana da linguaxe do delirio, como a expresión “nervios” utilízase para sinalalos afectados pola EM. É un tópico da literatura antropolóxica sobre a EM. A súa selección fronte a outros significados agresivos estigmatizadores⁴²¹ supón, apunta, unha clara resistencia, moralmente loable insinúa, fronte á etiqueta.

Lisón Tolosana dedica os seus últimos escritos á bruxaría. Fonde historia e antropoloxía cultural nunha interpretación hermenéutica da bruxaría en Galicia. Por un lado a bruxaría histórica perseguida pola Inquisición tivo unha función social en momentos axitados en Europa, pero ao mesmo tempo apunta a función individual que cumpre en cada cultura a etiqueta do tolo, do embruxado ou enmeigado: “Todo sistema cultural proporciona, aínda que en grao variable, nichos, posicións, roles para acomodar como membros funcionais persoas con tendencias psicóticas”⁴²². Para concluír na utilización explicativa da EMG dende a semántica da AM en España e en Galicia cunha distinción e os diferentes tipos de tratamento cultural da EMG:

*“1) As diferenzas culturais favorecen diferentes estilos de enfermidade mental; ademais, certas psicoses orgánicas e funcionais, e neuroses, parecen ser universais. 2) Non hai sociedade sen enfermidade mental, pero atópanse diferenzas en canto á frecuencia. 3) Os cambios socioculturais fan variar o estilo e a frecuencia destas enfermidades”*⁴²³.

Neste sentido Emilio González e Marcial Gondar defenden unha etnopsiquiatría galega. González argumenta en 1977 que o tolo era tolerado na sociedade campesiña tradicional pero coa chegada do “capitalismo” encérraselle. Na súa tese doutoral en 1999 Emilio González identifícanse síndromes

⁴¹⁷ Esteva 1980: 96-98.

⁴¹⁸ Martínez Hernández 1998.

⁴¹⁹ “o que articula o coñecemento sobre a esquizofrenia non é a evidencia de procesos psicopatolóxicos claros e distintos, senón o terreo máis ambiguo das manifestacións externas dos supostos procesos: os seus signos e síntomas” Martínez Hernández 1998: 17. Tese explicada paso a paso con todo luxo de detalles bibliográficos na obra do mesmo autor (2000) sobre o que “esconde” o síntoma. Moi en conherencia por outra banda coas teses de Foucault sobre a tolemia.

⁴²⁰ Recolle tamén a observación da relación entre EM e inmigración cun caso de esquizofrenia dun hindú en Barcelona. Socialmente é “plausible” explicar o seu comportamento co nome de Esquizofrenia.

⁴²¹ Martínez Hernández 1998: 87.

⁴²² Lisón 1974: 196-7

⁴²³ Lisón 1974: 200.

propias de Galicia: do, caída da paletilla, *nervios*, *meigallo* coas súas correspondentes terapias. A EM é analizada nos seus elementos culturais. Un psiquiatra non debe impoñer, defenden, a súa linguaxe biomédico na consulta. Debe escoitar os seus pacientes para comprendela construción cultural dende a que constrúen a súa doenza.

Conclusións, a antropoloxía: complexidade cultural.

Recapitulemos e vexamos as claves da descrición da complexidade social dende a Antropoloxía médica. A antropoloxía, como vimos, diferenciouse como disciplina no sistema ciencia a partir do século XIX coa organización planetaria do colonialismo. A semántica desta disciplina organízase sobre o lema: “todo é cultura“. A observación de todo elemento cultural faise dende a *distinción civilizado / bárbaro*. Dende unha pluma suxeita a unha frecha ata un coche, calquera obxecto ou palabra adquire sentido dende o todo cultural ao que pertence. Coa observación participante como método e o relativismo unido ao holismo cultural como ferramentas, as distintas escolas ao longo da historia desta disciplina matizaron e diferenciaron esta distinción básica. Así, a énfase no funcional ou o estrutural, o simbólico, o cognitivo ou o lingüístico permitiron a diferenciación desta disciplina e a súa proliferación, segundo as modas e semánticas locais (Galicia incluída), nos correspondentes departamentos universitarios.

3.A.

A antropoloxía médica aplicou esta semántica ao sistema médico: “medicina é cultura“. A súa aplicación á enfermidade mental fixo o mesmo con esta doenza: “a EM é cultura“. Os antropólogos ocupáronse tradicionalmente de estudar as sociedades non occidentais colonizadas. De aí que a distinción: *sistemas médicos locais fronte á biomedicina científica* occidental emerxese con sentido nesta disciplina. Esta distinción, coas posibilidades de observación que leva consigo, e os seus correspondentes posicionamentos éticos, é a primeira grande achega da Antropoloxía médica ao ámbito do noso estudio. Os sistemas de ciencia, relixión e maxia encadraron as explicacións dende a antropoloxía das formas tradicionais de enfrontarse á Enfermidade en xeral e a EM en particular.

Unha segunda distinción céntrase na especificidade defendida dende a antropoloxía, pero baseada tamén no concepto de cultura. Os antropólogos estudan, con esta reivindicación diferéncianse, dende a proximidade. O seu método somérxeos no obxecto de estudo permitindo unha comprensión máis directa da “realidade“. O outro lado da distinción é, entre outras cousas, a observación cuantitativa dos sociólogos (a imaxe construída deles), como veremos a continuación (3.B.). Fronte ao cuantitativo a antropoloxía achega calidade cultural, detalle, narracións próximas ao individuo, á persoa. Este lema move o imaxinario dos estudos da EM na antropoloxía médica pero está vivo en moitos outros campos afastados da antropoloxía.

Sobre a diferenza entre orgánico por un lado, e social ou cultural por outro, os antropólogos construíron unha triada coa que observar a complexidade da enfermidade. É a aludida distinción *illness/ sickness /disease*. Os elementos culturais son por suposto, dende o punto de vista antropolóxico os “realmente” significativos.

Unha cuarta distinción a destacar no percorrido que fixemos, presente como veremos na comunicación da EM analizada na segunda parte, é a que permite construíla mirada do antropólogo como unha especie de *tradutor* especialista en multiculturalidade (policontextualidade en terminoloxía luhmaniana). Aquí produciuse un cambio, o obxecto de estudo construído para a antropoloxía pasou a ser a sociedade complexa, despois de deixar as sociedades colonizadas, para pasar a ser as campesiñas próximas á sociedade occidental. Nesta distinción o antropólogo sóñase, cun imaxinario social que

converte na época na historia académica das súas distincións; sóñase diciamos, como mediadores entre culturas que conviven pero non se entenden. Todas estas distincións súmanse ás xa sinaladas na historia do sistema médico para integrarse na comunicación complexa da loucura (EMG) en Galicia.

É agora o momento de deternos na historia da semántica da Socioloxía como disciplina da ciencia da sociedade. Como no caso da Antropoloxía faremos este percorrido para observar as distincións coas que mira o sistema médico, prestando especial atención aos imaxinarios sociais.

3.B. A socioloxía como ciencia: da ilustración da sociedade á socioloxía.

3.B.

A Socioloxía nace no século XIX nunha sociedade funcionalmente diferenciada. Nace coa intención de comprendelos cambios e dirixilos. Para aplicar os ideais ilustrados⁴²⁴ á sociedade inmersa nun proceso de intenso cambio. Esta ilustración sociolóxica⁴²⁵ xérase nas auto descrições do propio sistema sociedade. A idea de Ilustración é un produto desa auto descrición. Os fundadores da socioloxía do século XIX, dos que falaremos nun momento, fundan unha semántica sociolóxica que xera os seus froitos no século XX, facéndose máis complexa a principios deste século XXI, ao aumentar a propia complexidade do sistema social. *Simplificaremos* a complexidade da Socioloxía primeiro facendo un rápido percorrido polo século XIX, para logo falar da semántica da socioloxía no século XX con catro escolas⁴²⁶. En cada caso a nosa simplificación vai orientada á construción, como vimos insistindo, dunha socioloxía da EMG.

A sociedade do século XIX: a sociedade ilustrada (reformismo social e beneficencia⁴²⁷).

A. Comte (1789-1857) acuñó⁴²⁸ a palabra Socioloxía⁴²⁹ ao aparecer no seu libro de 1838 *Curso de física positiva*⁴³⁰. Nun modelo evolucionista Comte describiu a lei do progreso da sociedade. Esta lei establece o paso inevitable dende as sociedades militares (estadio teolóxico) ás relixiosas (metafísico) para chegar finalmente á sociedade positiva ou industrial. A Física Social ou Socioloxía dirixe o progreso cara a esa sociedade positiva, racional e científica⁴³¹. Nunha teoría tamén evolucionista aplicada aos sistemas sociais, Herbert Spencer (1820-1903) acuñou a expresión “supervivencia dos máis aptos”⁴³² tras ler a obra de Ch. Darwin *O orixe das especies* (1854)⁴³³. As sociedades eran para Spencer “organismos sociais” evolucionados dende formas simples militares ata a sociedade industrial nun proceso progresivo de aumento da complexidade. O seu darwinismo social aplicou as “leis” do evolucionismo de Lamarck⁴³⁴ ás sociedades: acuñando a idea, auto descritiva e etnocéntrica a calquera sistema social, da supervivencia das sociedades máis aptas fronte ás menos desenvolvidas. Os impulsos humanitarios ou de solidariedade deben eticamente resistirse, defendeu Spencer, para non interferir coa severidade da loita social pola subsistencia. É a época do nacemento da Economía como descrición do

424 "Aspiración a organizalas relacións humanas a partir da razón" Luhmann 1973 (1968): 93. As ideas entre outros de Montesquieu sobre as leis, da educación de E. Rousseau ou da instauración da razón no mundo de Hegel; están na base desta xeneralización que fai Luhmann (Iglesias-Aramerri 1989).

425 Véxase a serie de Luhmann: *Sociologischce Aufklärung* 1-6, 1974-1990.

426 Esta simplificación é por suposto interesada, e selecciona autores deixando de lado outros en función dos intereses desta tese.

427 Maza 1999.

428 Del latín como vimos: *socius*, "socio, compañeiro"; e o sufixo grego *-ología*, "o estudo de.

429 A palabra socioloxía foi usada, dise, primeiro por E.J. Sieyès (1748-1836) pero populariza por Comte. Os estudos sobre temas hoxe considerados sociais apareceron por suposto moito antes do termo: Herodoto (século V ADE), Jenofonte (V ADE) ou por exemplo Ibn Jaldún (1332-1406) falo de "Ilm el Iytima" (a ciencia da sociedade = do social, socioloxía).

430 Comte 1985

431 Comte (1985) diferenciou entre estrutura e cambio social ao esixir que a ciencia positiva do social estudase a dinámica e a estática social. Comte defendeu que sen esa axuda positiva baseándose no método científico, a natureza humana egoísta viríase avocada non ao altruísmo senón á destrución do progreso. Igual que un médico cura o paciente, o sociólogo debe evitala anarquía social (Comte 1985: 320). Véxase tamén Ritzer 1993: 116, ou Iglesias-Aramerri 1989: 373.

432 *Principles of Biology* (1864) en Spencer 1967.

433 Darwin 1989 (1954).

434 Luhmann, como vimos anteriormente, entende a evolución como diferenza, en concordancia con Darwin.

Sistema social⁴³⁵, e do Liberalismo como postura política. Fronte a estas nace unha visión sociolóxica pero con intencións tamén positivistas de dirixir o progreso social: a teoría de Karl Marx (1818-1883).

Marx definiu a necesidade⁴³⁶ de describir as sociedades dende a súa base material, sen incluír nesa descrición ideas ou prescricións éticas. As ideas están para Marx “acuñadas” na base material de cada sistema social, pois as ideas dunha sociedade son produto do seu sistema de organización do traballo: mantéñeno, xustificano e reproduceno⁴³⁷. A descrición que Marx ofrece do sistema social cuestiónao ao ofrecer no *Capital*⁴³⁸ unha análise descritiva da escravitude *de facto* do proletariado. A socioloxía proposta por Marx é tamén evolucionista como a de Spencer ou Comte, pois describe como a lóxica do sistema social conducirá cara a unha sociedade “mellor”. A semántica social do progreso persiste, pero Marx ofrece unha socioloxía crítica ao propoñer un sistema social de organización sen propiedade privada nin apropiación da plusvalía: a sociedade comunista.

Pouco despois, Emile Durkheim (1858-1917)⁴³⁹ será o primeiro en obter un posto universitario en Francia⁴⁴⁰ como profesor de socioloxía e fundar a primeira revista dedicada ás ciencias sociais, o *Année Sociologique*⁴⁴¹. Durkheim defineneu o método científico da socioloxía co uso das descricións do sistema social baseándose en estatísticas. A súa obra *As regras do método sociolóxico* (1895) especifica o procedemento, e en *O suicidio* (1897) aplícaa nun asunto socialmente descrito baseándose en causas psicolóxicas. Durkheim describe o suicidio en clave exclusivamente social, sen por iso desprezalos detalles individuais. A base dun sistema social está na crecente complexidade da organización e división do traballo (*A división social do traballo* de 1893), pois pasouse dunha integración social simple a unha cada vez máis complexa⁴⁴². As representacións colectivas, a relixión constitúen os pilares da estrutura de cada sistema social ao integrar moralmente os individuos nun todo⁴⁴³ (a sociedade) maior que cada un dos seus individuos integrantes.

Max Wéber (1864-1917) detallou a racionalización crecente na sociedade funcionalmente diferenciada baseándose en tres procesos. Por un lado, Wéber na súa obra *A ética protestante e o espírito do capitalismo*⁴⁴⁴ relata como as teses puritanas relixiosas contribuíron no desenvolvemento racional da sociedade capitalista. A racionalidade económica xorde da man dunha formulación relixiosa e as súas consecuencias sociais, pois a devoción relixiosa vai acompañada do rexeitamento dos asuntos mundanos, incentivando a busca dunha mellor posición económica. O “espírito do capitalismo” é pois o conxunto de ideas e hábitos que favorecen a busca racional de ganancias económicas. Pero ademais, e un segundo proceso, a sociedade capitalista xera unha burocratización crecente, na que os modos

435 A. Smith (1723-1790), D. Ricardo (1772-1820), Th. Malthus (1766-1834), J. S. Mill (1806-1873) entre outros.

436 Marx 1976, 1980.

437 Paul Ricouer (1970) describe a Marx como un dos pensadores da sospeita, xunto con Nietzsche e Freud. Aínda que talvez toda a socioloxía, ao cuestionar o etnocentrismo e darwinismo social “normal” na enculturación e ofrecer outras descricións, deba ser acusada de ciencia da sospeita. Véxase tamén: Reagan - Stewart 1978.

438 Marx 1998 (1867).

439 A importancia de Durkheim na semántica da antropoloxía xa foi apuntada.

440 En 1887 é nomeado profesor de pedagogía e ciencia social da Universidade de Burdeos. Véxase: Pickering 2002, e Díaz Sanchez 1989.

441 Fundada en 1898 Émile Durkheim tamén foi o seu editor; publícase hoxe en día con dous períodos de interrupción entre 1925-1934 e 1942-1945.

442 Solidariedade mecánica fronte á solidariedade orgánica do sistema social industrial: Durkheim 1982 (1893).

443 En *As formas elementais da vida relixiosa* (1982 (1912)) Durkheim describe a relixión e a idea de deus como unha representación da propia sociedade, co que cada sistema relixioso, animista, politeísta ou monoteísta é unha expresión social, polo menos dende unha perspectiva sociolóxica.

444 Wéber 1984 (1904-5).

racionais das organizacións sociais emerxen⁴⁴⁵. Weber fai unha descrición da racionalización como un cambio dende unha organización e acción orientada a valores⁴⁴⁶ (autoridade tradicional e autoridade carismática) a unha organización e acción orientada a obxectivos (autoridade racional⁴⁴⁷). Un terceiro elemento da achega de Wéber á semántica sociolóxica é reflexivo e metodolóxico. Para a análise da realidade social a socioloxía *debe xerarse* unha comprensión *interpretativa* da acción *social*. A investigación social debe usar tipos ideais. Un tipo ideal fórmase a partir de características e elementos de fenómenos dados estatisticamente, pero non intenta corresponderse con tódalas características de cada caso particular.

George Simmel (1858-1912) adoptou⁴⁴⁸ outra distinción dende a que observar a sociedade emerxente, achegando unha visión micro sociolóxica á semántica da socioloxía. Apuntamos tres das súas observacións pola súa relevancia para o tema da nosa tese. Por un lado, o seu artigo de 1903 sobre as diferenzas entre a “vida mental” na cidade e no campo⁴⁴⁹ e apunta alí unha análise obxectiva dos pros e os contra das dúas formas de integración social. Na cidade o individuo está rodeado por estraños cos que non comparte inicialmente formas de comprensión, polo que a resposta xeral e polo tanto socialmente aceptada, será a indiferenza ante o constante cambio urbano⁴⁵⁰. Por outro lado, noutro artigo de 1908⁴⁵¹ sobre a función social dos estraños, Simmel describe o sistema social xusto dende os seus límites. Non se centra Simmel no que un grupo social afirma se compondo, senón no que definen como diferente, e que é socialmente usado na definición interna do propio grupo⁴⁵². Finalmente, describiu a sociedade dende perspectivas centradas no individuo, de aí a denominación de micro-socioloxía para as súas propostas, centrándose nos procesos de socialización⁴⁵³ con achegas sempre suxestivos: sinalando os problemas que o sistema social emerxente solucionaba e aqueles conflitos que producía a nivel individual.

A Omnisciencia do concepto sociedade.

A socióloga alemá Gehardt na súa obra⁴⁵⁴ *Ideas about Illness: an intellectual and political history of medical sociology* diferenza catro paradigmas na historia da socioloxía médica dende a Segunda Guerra Mundial: o funcionalismo estrutural, o interaccionismo, a fenomenoloxía e a teoría do conflito. Cada paradigma parte dunha concepción diferente da enfermidade, dando lugar a formas de investigación sociolóxicas diferentes. Todas parten dos elementos xa sinalados no caldo de cultivo da socioloxía do século XIX.1 Imos utilizar esta clasificación de Gehardt na discusión da bibliografía de orientación sociolóxica sobre a Enfermidade Mental Grave para construír a perspectiva adoptada nesta tese. Detémonos brevemente en describir cada un destes paradigmas, primeiro nos autores clásicos que os

445 Robert Michels (1876-1936) discípulo de Wéber denominou a esta tendencia (Michels 1972) “lei de ferro da oligarquía”: a gaiola de ferro (Mitzman 1976). Máis adiante Ritzer (1996) describe xa no século XX o proceso de burocratización exponencial: a *McDonalización*

446 Wéber 1979 (1922).

447 Wéber 1986 (1917) describe tamén os perfís sociais dos líderes políticos nese proceso de racionalización.

448 Sabido 2007.

449 Simmel 1986.

450 Estas ideas terán serán recollidas e aplicadas á Enfermidade Mental na Escola de Chicago: véxase máis adiante.

451 Simmel 1971.

452 Simmel 1971 (1908); constitúe un clásico da *socioloxía da desviación*, véxase Becker 1971.

453 Simmel 1986.

454 Gehardt 1989.

fundaron, con referencias a algunhas formulacións contemporáneas, para extraer os elementos que pasaron a formar parte da acervo cultural da socioloxía médica.

T. Parsons e o funcional estruturalismo. R. K. Merton (1910-2003).

A teoría sociolóxica de T. Parsons foi xa obxecto de discusión nun apartado anterior ao analizar a socioloxía de Luhmann. Aquí detémonos nas súas propostas en socioloxía médica⁴⁵⁵. Parsons entende o sistema médico como o gardián da saúde⁴⁵⁶, mantedor das condicións de democracia e igualdade⁴⁵⁷. A saúde dos cidadáns é a prerequisite funcional⁴⁵⁸ da existencia do sistema social. A enfermidade (*illness*) dunha persoa é un desequilibrio para o sistema social, e dado que o sistema ten mecanismos de homeostase⁴⁵⁹, a sociedade ten os profesionais da medicina, os roles de enfermo / paciente / médico e as expectativas de rol en torno a eles. Se como vimos a sociedade para Parsons é unha estrutura (AGIL)⁴⁶⁰ que funciona a través de expectativas e roles, e a socioloxía estuda as condicións de satisfacción das expectativas dos roles. Entón a socioloxía médica estudalos roles de enfermo e médico coas súas expectativas de rol. Neste sentido, a saúde⁴⁶¹ é socioloxicamente a capacidade dun individuo para participar no “normal” intercambio de expectativas de rol definidos nun sistema social, mentres que a enfermidade é a súa entrada no rol de enfermo⁴⁶².

O rol do enfermo é construído sobre a ausencia de éxito⁴⁶³, de resultados dun individuo. Para Parsons existen dous modelos sociais de rol de enfermo⁴⁶⁴: o rol de *incapaz* por un lado e o rol de *desviado* polo outro. O *incapaz* é quen non logra o éxito por unha causa relacionada coa súa saúde. Non mantén a súa saúde, e por iso utiliza o rol de incapaz, temporal ou permanentemente (cronicidade). A sociedade defíneno rol para afrontar a ausencia de saúde. Con este papel social o incapaz pode comunicalos seus problemas e soluciónalos, integrándose con este rol no normal intercambio de expectativas do sistema social. O rol de enfermo incapaz é pois unha resposta social para restablecelo equilibrio. Con el médico e paciente *saben* como actuar. Os profesionais da saúde identifican as persoas enfermas, redefiníndolo rol na interacción social e a investigación médica, para reestablecerlo normal funcionamento ou permitir unha vida con logros adaptados á incapacidade⁴⁶⁵.

Por outro lado, a sociedade define segundo Parsons, tamén o rol de desviado⁴⁶⁶ para aqueles que non logran restaurarlo normal funcionamento nas súas vidas. Toda a socioloxía da desviación constrúese

455 Seguimos principalmente un pequeno artigo sobre o rol do enfermo (Parsons 1975), un artigo anterior en colaboración con Fox (Parsons-Fox 1952) e as liñas xerais da súa obra cumio (Parsons 1991). Así mesmo as indicacións de Gehardt 1989: 1-67.

456 Saúde en sentido individual: "...we wish to stress that we regard health as a state of the human individual, not of collectivities..". Parsons 1978a: 67; citado en Gerhardt 1989: 13.

457 Gerhard (1989: 5-10) relaciona a proposta sobre o rol de enfermo e a función do médico cunha resposta de Parsons a unha acusación de socialista na época da caza de bruxas nos EEUU.

458 "The problem of health is intimately involved in the functional prerequisites of the social system... too low a general level of health, too high an incidence of illness is dysfunctional" Parsons 1951a: 430; citado en Gerhardt 1989: 7.

459 Tomando a idea de homeostase e a idea de equilibrio Cannon (1932) *The wisdom of the body*, e do holismo de Pareto (1985 (1916)).

460 Parsons incluíu o sistema orgánico-corporal para completar os sistemas social, cultura e psicolóxico. Véxase capítulo dedicado ás formulacións de Parsons na nosa discusión da teoría de Luhmann.

461 "Parsons defines health as the capacity for role conformity in reciprocal exchange, and illness as the breakdown of such capacity due to a breakthrough of primary motivation on a psychiatric scale" Gerhardt 1989: 66.

462 "...illness sociologically becomes relevant if the ill people enter the sick role" Gerhardt 1989: 67.

463 "...illness is related to achievement [in modern society]" Gerhardt 1989: 14.

464 Por influencia da psicanálise Parsons diferencia entre rol consciente ou inconsciente, aquí non entramos nas consecuencias desa distinción que analizamos xa ao falar da psicanálise no sistema médico.

465 A estrutura social funciona a través das expectativas xeradas polo rol de enfermo na súa interacción cos outros: "engage in an institutional set of complementary roles forming a social system in miniature" Gerhardt 1989: 2. É a dobre continxencia.

466 "Illness, in so far it is motivated, is a form of deviant behavior, and, as such, may be subjected to a standard sociological analysis of deviance. Compared with other types of non-conformist behavior, sickness characteristically entails passive withdrawal from normal activities

sobre este rol sinalado por Parsons⁴⁶⁷. A motivación é para Parsons a clave en ambos os dous roles. No rol de enfermo incapaz a motivación do individuo é positiva, cun desexo de saír da falta de éxito. Mentres que no rol de desviado a motivación é negativa, cunha falta de desexo (inconsciente, apunta Parsons) para saír dos problemas da enfermidade. En ambos os dous casos a enfermidade é socialmente o incumprimento dun rol⁴⁶⁸.

A enfermidade mental sería pois detectada co incumprimento das expectativas de rol⁴⁶⁹, co que sería un conflito observado ao presentarse problemas nas relacións sociais. A enfermidade entendida como unha desviación das normas e roles definidos socialmente foi estudada, nesta liña por autores xa clásicos. Becker⁴⁷⁰ e Matza⁴⁷¹ a través dunha teoría xeral da desviación, cos conceptos de carreira moral⁴⁷² e etiquetación⁴⁷³ como elementos clave, pero sobre todo o sociólogo norteamericano Thomas Scheff⁴⁷⁴. Estes autores desenvolven a idea de desviación aplicándoa á enfermidade mental, integrando estes conceptos na semántica propia da socioloxía da enfermidade mental.

Parsons achegou, ademais do sinalado, dúas ideas programáticas ao acervo semántico da socioloxía médica: (1) Que os mecanismos de control social rectifican a desviación a través das institucións e os profesionais. E (2) ademais, que os profesionais liberais (médicos, avogados, tecnólogos, profesores) son non só solucións económicas senón *racionalis* aos problemas sociais existentes. Ademais, dado que a saúde é a normalidade para Parsons, a enfermidade é a desviación. O cal implica unha relativización da noción de saúde e enfermidade a cada sociedade dada. Esta relativización formará parte, non sen xerar contradicións, tamén da semántica adquirida na socioloxía da medicina.

Estas ideas, desacordo coa crítica apuntada xa dende a socioloxía de Luhmann, fundaméntanse nun modelo ético sobre *como debe ser a sociedade* de acordo co paradigma de sociedade norteamericana⁴⁷⁵. Malia o seu relativo valor científico para a socioloxía, estas ideas achegaron e achegan infinidade de datos empíricos sobre a enfermidade, especialmente ao engadirse a estatística como base fundamental para a “obtención” de datos cualitativos da socioloxía. Nisto xogou un papel central o sociólogo R. K.

and responsibilities. As such, it should be distinguished from active rebellion against the normal social expectations, and from the types of deviance characterized by compulsive conformity. For it is an escape from the pressures of ordinary life" Parsons-Fox 1952b: 32; citado en Gerhardt 1989: 9.

467 Seis libros en tres décadas cun mesmo título, *Social Pathology*, nutren a semántica desta concepción: Queen-Mann 1925; Mangold 1932; Gillin 1933; Queen-Gruener 1940; Brown 1942; Lemmert 1951 (este último incorporando ideas do interaccionismo simbólico que analizaremos nun momento)

468 A relación paciente-doutor, di seguindo a Parsons, Henderson (1935), "engage in an institutional set of complementary roles forming a social system in miniature" Gerhardt 1989: 2.

469 "Since it is at the level of role structure that the principal direct interpenetration of social systems and personalities comes to focus, it is as an incapacity to meet the expectations of social roles, that mental illness becomes a problems of social relationships and that criteria of its presence or absence should be formulated" Parsons 1958/1964a: 258.; citado en Gerhardt 1989: 8-9.

470 "Desviado é o individuo ao que se lle aplicou satisfactoriamente ese rótulo; a conduta desviada é a conduta das persoas rotulan dese modo"(Becker 1971: 36) Seguimos principalmente a obra de Becker (1971) sobre a creación de "estraños" como elementos normais en toda sociedade; idea tomada como vimos de Simmel, pero aquí desenvolvida baseándose no rol de desviado creado por Parsons en *Social System* (1991: cap. 10). Pero véxase tamén Becker 1973, 1974.

471 Matza 1981 é un clásico.

472 Carreira moral describe o itinerario "normal" nunha cultura na vivencia dun rol, aplicado á enfermidade mental describiría os trazos e pasos cos que un sistema psíquico acaba por aceptar a súa condición de EMG, véxase Goffmann 1961; Karp 2001; Scheff 1978 (1966).

473 Da mesma forma que se coloca unha etiqueta a un tarro de marmelada, a teoría da desviación considera que unha sociedade dada coloca unha etiqueta ou estigma de enfermo en xeral ou de EMG en particular ante unha violación das normas sociais; esta etiqueta é posteriormente interiorizada e aprendida polo sistema psíquico. Véxase: Karp 1996 ou as obras de Goffmann 1959, 1961, 1969.

474 O clásico Scheff 1978 (1966), e o seu artigo de 1975 analizan a EMG como desviación baseándose na transgresión de normas secundarias, véxase para unha análise con máis detalle Torres 1991. Posteriormente este autor derivou cara a unha socioloxía das emocións (Scheff 1988) e o que definiu el mesmo como micro socioloxía (1990). Aplicado ao traballo social con EMG, véxase tamén: Pearson 1975.

475 O título do artigo de Parsons (1964) deixa clara esta influencia: "Definitions of health and illness in the light of american values and social structure".

Merton (1910-2003) con dous pares de conceptos. Por un lado a súa distinción entre teorías sociolóxicas de rango medio fronte a grandes teorías. Por outro lado, a xa clásica oposición entre funcións sociais latentes e funcións manifestas. Dada a crise da Socioloxía nos anos 50 Merton propón elaborar “teorías de rango medio” centradas na acumulación de datos empíricos (estatísticos) en ámbitos sociais específicos⁴⁷⁶. Ademais segundo Merton, as explicacións sociolóxicas sacan á luz as funcións latentes das actividades e institucións sociais. Unha sociedade reconece unha función a un dos seus elementos, pero o sociólogo descobre a súa “verdadeira” función social⁴⁷⁷. En ambos os dous casos a semántica da socioloxía, tamén a socioloxía da EMG, incorporou o uso da estatística como base pragmática para “descubrir” esas funcións en estudos de rango medio⁴⁷⁸. Forma parte hoxe do imaxinario social sociolóxico.

A Escola de Chicago⁴⁷⁹ e o interaccionismo simbólico.

A Escola de Chicago centrou os estudos sociolóxicos na ecoloxía específica das cidades, seguindo en parte as orientacións de Simmel⁴⁸⁰. Durante os anos vinte e trinta do século XX estudaron o comportamento social dende un presuposto. Consideraron a conducta humana determinada polos elementos físico-sociais do seu ámbito, sen ter en conta elementos xenéticos ou persoais. Do mesmo modo que un gorila comportase determinado polo ecosistema que habita, os barrios, as casas, as cidades condicionan a forma de comportarse de cada ser humano. Os investigadores⁴⁸¹ da denominada Escola de Chicago partían da idea de que os territorios do mapa urbano condicionan o comportamento dos seus habitantes. O alcoholismo, os homicidios ou suicidios, a pobreza ou a EMG estudáronse así en relación co hábitat urbano, aparecendo certas formas de comportamento asociadas a áreas específicas. Do mesmo xeito que pode cuadrangular fisicamente o mapa dunha cidade pola súa xeografía, o comportamento social dos habitantes urbanos dá lugar a unha cuadrícula sociolóxica. Ademais de fundar a Socioloxía urbana, a súa contribución á semántica da Socioloxía médica foi a *Teoría da Desorganización Social*⁴⁸².

Esta teoría ten un presuposto: na cidade, e coas migracións, os vínculos sociais propios da comunidade rural esvaecéronse. As organizacións sociais tradicionais (familia, escola ou igrexa) perderon na cidade a súa forza. Esta debilidade é entendida como unha carencia, e explicaría a desorganización social ou anomía urbana. Un estudo clásico da Escola de Chicago foi o realizado sobre a vida dos sen teito (os *hobo*) en Chicago⁴⁸³. A emigración, o paro e os rápidos cambios económicos contextualizan a proliferación urbana de vagabundos. Pero quizais o máis específico deste estudo e da

476 Idea apuntada por Rodríguez Mansilla (1996: x).

477 Giddens 2000: 709.

478 Abonda acudir ou revisar as actas de calquera congreso internacional de socioloxía para atopar unha mesma estrutura na maior parte das comunicacións: discusión teórica para centrar o estudo de rango medio, metodoloxía usada onde se explica o uso e procedencia dos datos estatísticos, para finalizar cunhas conclusións empíricas sen grande calado na descrición da complexidade do sistema sociedade ao adoptar perspectivas ético-sociais, non sociolóxicas.

479 Se a socioloxía de Parsons xorde ao fío da persecución do socialismo en EEUU, a chamada Escola de Chicago ten a súa ancoraxe no sistema social americano na *New Deal*. Mesturaron ideas sociolóxicas pragmáticas e a teóricas cunha intervención na planificación político-administrativa do *new deal* dos demócratas; baseándose en estudos sobre as cidades, a desintegración e ecologismo organicista. Comelles-Martínez 1993: 85.

480 Así Louis Wirth (1928) desenvolveu o concepto de urbanismo como modo de vida, sostendo que a vida urbana fomenta a impersonalidade e a distancia social.

481 Foron: Nels Anderson, Ernest Burgess, Ruth Shonle Cavan, Edward Franklin Frazier, Everett Hughes, Roderick D. McKenzie, George Herbert Mead, Robert E. Park, Walter C. Reckless, Edwin Sutherland, W. I. Thomas, Frederic Thrasher, Louis Wirth, Florian Znaniecki.

482 A obra de Sutherland (1945, 1988)

483 Anderson 1961 (1923).

Escola de Chicago en xeral, foi a elección dunha metodoloxía preocupada por adoptar a perspectiva das persoas estudadas e facela comprensible ao lector. No seu estudo sobre os sen teito, Anderson⁴⁸⁴ ofrece unha visión “romantizada” en primeira persoa dos itinerarios e pautas de vida dos sen teito. Dende entón, ata chegar á narratividade máis postmoderna, a proximidade aos considerados socialmente como estraños pero con certo atractivo foi unha das claves do éxito editorial e social da socioloxía⁴⁸⁵, non sempre con criterios científicos estables.

Estas teses da Escola de Chicago son aplicada por Faris e Dunham⁴⁸⁶ ao estudo da EM na cidade de Chicago. A conclusión de Faris e Dunham deu lugar a unha tese herdada dende entón na semántica da SM⁴⁸⁷: *a desorganización persoal (loucura) atópase directamente relacionada coa prevalencia da desorganización social (urbana)*⁴⁸⁸. Un claro exemplo da permanencia deste elemento na semántica da EM é a repetida hipótese, tese ou conclusión, dependendo do estudo en cuestión, onde se relaciona *causalmente* a emigración coas taxas de EM⁴⁸⁹. A territorialidade, a cidade e os movementos migratorios engadíronse coa Escola de Chicago ao imaxinario da Socioloxía Médica da EM⁴⁹⁰.

Unido á Escola de Chicago viño unha proposta metodolóxica de traballo etnográfico en socioloxía. Foi formulada baixo a denominación Interaccionismo Simbólico⁴⁹¹ cos traballos de G.H. Mead⁴⁹² e H. Blumer⁴⁹³. A tese básica defendida non era nova. A orde social xérase non nas accións externas e afastadas ao individuo, senón a través das estruturas locais próximas de interacción⁴⁹⁴. O novo é agora o énfase do Interaccionismo simbólico da linguaxe. G. H. Mead (1863-1931) subliñara a centralidade da linguaxe e dos símbolos para a vida social humana, cunha énfase nos procesos sociais a pequena escala fronte á sociedade no seu conxunto. O eu individual (*self* na súa terminoloxía) é para Mead un obxecto para cada ser humano grazas ás mediacións achegadas polo sistema social⁴⁹⁵. A interrelación social define ao eu e o seu auto percepción no intercambio lingüístico simbólico cos outros⁴⁹⁶. Ese intercambio é unha negociación permanente do significado, do sentido atribuído aos símbolos. Os sociólogos do Interaccionismo Simbólico propuxéronse estudar as construcións do sentido mediante a observación participante e a análise de contido das conversacións cotiás. Cunha crítica ao positivismo como base,

484 Op.Cit.

485 Os marxidados como imaxinario para a venda de libros cun halo de romanticismo forman parte da literatura clásica en socioloxía: valla só de exemplo en España da "autobiografía" dun drogadicto de Romani (2008).

486 Faris-Dunham 1939.

487 Esta influencia semántica pode observarse nun estudo de antropoloxía médica sobre unha comunidade rural de Irlanda na que a incidencia da EM é notoriamente grande. A tese defendida é que: "...the levels of stress generated by a demoralized culture had exceeded the capacity of both local institutions and individuals to cope with them" Scheper- Hughes 1979, citado en Cockerman 1996: 104.

488 Citado en Prior (1996: 113) en clara consonancia con teses provenientes do marxismo.

489 Berkman (1983) ou Hull (1979) analizan en xeral a relación entre saúde e emigración, mentres que a obra de Veiga (1987) centrase na saúde mental (todos os manuais de SM ou SM EMG dedican capítulos a esta relación: por exemplo Cockerham 1996). Esta tese tamén foi usada aquí en Galicia por Cabaleiro (1997; véxase tamén Carrero-Cabaleiro 1973).

490 "O Seu obxectivo era explicar as relacións entre as variables biolóxicas e culturais, a preeminencias dunhas fronte a outras, e a aparición de condutas fóra da norma que foron interpretadas a partir da relación entre factores espaciais e socioculturais" (Comelles-Hernández 1993: 37-38).

491 Que dará lugar a infinidade de escolas e denominacións, entre outras os "cultural studies" e a denominado análise conversacional.

492 Seguimos Mead 1972, pero tamén as obras de Becker-McCall (1990) e Boden (1990).

493 Blumer 1982, 1969; ademais das xa citadas.

494 "...social order and social structure are not external to action but rather produced in and through the local structures of interaction" Boden 1990: 250.

495 "He (Mead) saw the human being as an organism having a self. The possession of a self converts the human being into a special kind of actor, transforms his relation to the world, and gives his action a unique character. In asserting that the human has a self, Mead simply meant that the human being is an object to himself. The human being may perceive himself, have conceptions of himself, communicate with himself, and act toward himself. As these types of behavior imply, the human being may become the object of his own action" Blumer 1982: 62.

496 Blumer 1982 (19837).

defenderon un método que denominaron “naturalista”⁴⁹⁷. Fronte á fría estatística, buscouse *chegar ao interior do proceso de definición da identidade do actor social* para así comprender a súa actuación⁴⁹⁸. Blumer (1900-1987) partiu de tres teses xa clásicas⁴⁹⁹: (1) os homes actúan en función do significado ou sentido das “ cousas ” que os rodean; (2) o significado das cousas constrúese na interacción social con outros actores do seu ámbito; pero ademais, (3) os sentidos das cousas baséanse na experiencia social anterior da persoa. Unha enfermidade é así algo sufrido por alguén, pero unha enfermidade é socialmente un proceso de negociación e renegociación constante da identidade social do enfermo en interrelación cos outros⁵⁰⁰. Unha enfermidade é polo tanto unha etiqueta, un símbolo negociado en cada interacción social. Unha EMG define o seu valor social, a súa etiqueta, na interacción social simbólica. Levado ao extremo supón non só un “nominalismo sociolóxico” senón a negación ontolóxica da EM (as obras de Szasz⁵⁰¹ e a antipsiquiatría⁵⁰² máis radical explotaron esta concepción). Estudar a EM como etiqueta definida socialmente, non en canto a súa ontoloxía, é claramente unha evidencia científica, negar a súa existencia é unha inxerencia política na socioloxía e unha inxenuidade.

Goffman⁵⁰³ na súa obra clásica *Internados* estuda a carreira moral dun EM en tres fases. Primeiro, Goffman analiza os trazos definitorios da normalidade social. Cada sociedade crealo coñecemento médico que define esa normalidade. Segundo, Goffman analiza como cada sociedade identificalos signos dunha crise coa ruptura desa normalidade. Estes elementos son sociais e definidos na interacción cara a cara entre paciente e médico. Finalmente, cada sociedade etiqueta e negocia a identidade do enfermo mental nas súas institucións. Goffmann acuñou o termo institución total para os manicomios dos anos cincuenta e sesenta nos EEUU. Nesta última fase, igual que na SM derivada de Parsons, poden suceder dúas cousas: que a crise superese sen a consolidación do estigma, ou que finalmente o proceso de estigmatización solidifíquese como identidade sobre a que interactuar. A SM da EM xerou unha inmensa produción bibliográfica sobre estas tres fases. A produción sociolóxica sobre esta carreira moral que supón vivir a EM nunha sociedade foi descrita empiricamente en infinidade de estudos sociolóxicos dende entón.

As achegas á semántica de Socioloxía da EMG da Escola de Chicago baséanse no que poderíamos chamar un Realismo moral⁵⁰⁴ con dous elementos utópicos nunha clara función social tranquilizadora. O primeiro elemento utópico é unha simplificación que atribúe a responsabilidade da EMG á situación na que se atopa unha persoa. Levado ao extremo négase a existencia da EM na máis radical das antipsiquiatrías, ou denúnciase o carácter de profecía auto cumprida⁵⁰⁵ dos tratamentos e as

497 Lemert 1951: 23.

498 Blumer 1969: 16.

499 Blumer 1982: 2

500 "illness as something that people not only suffer, but as a condition that can call for a re negotiation of their social identity" Gerhardt, U. 1989 citado en Radley 1993: 2.

501 Szasz 1976, 2007.

502 Laing 1983 (1960) é un clásico desta corrente que analizamos axiña.

503 Goffmann 1972 (1961).

504 Denzin define ben a sentenza encerrada nesta semántica: "The moral is clear. The melodramatic, realistic, interactionist social (problems) text reproduces a romantic oversimplification with society's undesirables. This identification produces interactional and emotional, and not economic solutions to social problems. It creates the conforming illusion that if one identifies with and understands sorry situations will go away. This of course is pure fantasy. It is romantic ideology woven through liberal and conservative political agendas which make individuals responsible for their own problems" Denzin 1995: 122.

505 Illich (1975) denomina e denuncia como *iatroxénese* este efecto "perverso".

institucións⁵⁰⁶. O segundo elemento utópico é a suposición de que por identificarse co suxeito estudado e comprender así a orixe social dos problemas de marxinación estase xa, dalgún xeito, en camiño da súa solución. Estes elementos utópicos dende entón atópanse presentes en boa parte da bibliografía sociolóxica, especialmente na especializada en medicina ou psiquiatría. Constitúen un elemento clave do acervo cultural e imaxinario social da socioloxía médica e da Socioloxía da EMG.

Fenomenoloxía e Etnometodoloxía.

A fenomenoloxía de E. Husserl⁵⁰⁷ (1859-1938) ao aplicarse á socioloxía aporta un cambio de sensibilidade ao pasar dende unha orde normativa a unha orde cognitiva⁵⁰⁸. Fronte á socioloxía clásica preocupada por dirixila sociedade con estudos sobre a súa estrutura e o seu funcionamento, a socioloxía de inspiración fenomenolóxica achega datos sobre os “mundos da vida” nos que constrúese a orde social. Imos deternos brevemente nas perspectivas de dous autores que aplicaron as ideas de Husserl ao campo da socioloxía: A. Schütz por un lado, e Garfinkel por outro.

Husserl propuxo a fenomenoloxía tras diagnosticar unha crise na ciencia⁵⁰⁹. Para Husserl cada obxecto de estudo científico é produto da intención obviada do observador. É por iso necesario deixar de lado, a súa famosa *epoché*, as perspectivas habituais para captala experiencia, para captala verdade do obxecto. A Fenomenoloxía de Husserl é pois un método de análise dos obxectos dados á conciencia. Con este método infírense os trazos esenciais da experiencia e do experimentado.

A. Schütz (1899-1959)⁵¹⁰ “traduxo” as intencións de Husserl á socioloxía. Influído tamén por Wéber Schütz desenvolveu unha Fenomenoloxía do mundo social⁵¹¹, adaptando o método fenomenolóxico ao estudo da experiencia cotiá en sociedade. Puxolo acento na necesidade de investigalo *sentido* que a acción social ten para o actor. O seu concepto de “mundo da vida” refírese a esas pautas evidentes, incuestionadas coas que cada sociedade educa os seus membros. No mundo da vida cotiá os suxeitos o viven nunha actitude natural, dende o sentido común⁵¹² aprendido socialmente. Dende esta actitude natural cada persoa asumela realidade como comprensible dende os conceptos do sentido común que manexa, e actúa partindo de que esa comprensión é *a correcta*. A socioloxía ten por obxecto develar como esa realidade social é construída⁵¹³ na interacción. Trátase de suspender a crenza (*epoché*) no mundo do sentido común, e facer ciencia da sociedade⁵¹⁴. A realidade social⁵¹⁵ é así a construción de certo sentido común. Esta é a suma cohesionada na interacción dos mundos da vida dos membros dun mesmo grupo. Pero para Schütz o individuo non atopase encerrado dentro da construción do sentido común aprendida, senón que cada persoa actúa cambiándoo. A biografía individual condiciona a interpretación das posibilidades que cada suxeito xera, e explica así o cambio social incesante. Aplicado á enfermidade, cada sociedade constrúe a realidade da enfermidade e de enfermar; cada sociedade

506 A obra de Goffmann 1972 (1961) deixa aberta esa interpretación que foi levada ao cinema na adaptación da obra de Keysey (1988) por M. Forman (1975): *Alguén voou sobre o niño do cuco*.

507 Husserl 1982, 1981.

508 Gerhardt 1989: 180.

509 Husserl 1991.

510 Schütz 1971, 1972, 1974.

511 Schütz 1974.

512 Schütz 1974: 37-39.

513 Berger e Lukmann (1984) desenvolveron esta tese na súa obra: *A construción social da realidade*.

514 Schütz 1932: 128.

515 Schütz 1974.

constrúe un sentido común obviado do que é estar enfermo. A socioloxía médica de inspiración fenomenolóxica describe as pautas cognitivas da construción deste sentido, a súa negociación, a súa transformación e a súa conservación.

Nunha liña similar H. Garfinkel (1971-)⁵¹⁶ escribiu *Ensaio de Etnometodoloxía*. Nel propoñíase aplicar o método fenomenolóxico de Husserl á investigación sociolóxica. A súa proposta nace do estrutural funcionalismo de Parsons e dunha lectura fenomenolóxica do Interaccionismo de Blummer⁵¹⁷. A estrutura social de Parsons non é permanente, asume Garfinkel, senón que negociase en cada descrición que damos dela. Fronte á asunción da orde social, Garfinkel propón adoptar unha postura fenomenolóxica que a obvie para descubrilos métodos cotiáns nos que os seres humanos construímos a realidade inter subxectivamente. A Etnometodoloxía⁵¹⁸ estuda así os modos de organización do *coñecemento* dos individuos nas súas accións rutinarias. Estuda os “métodos” da xente, o seu “coñecemento sociolóxico práctico”⁵¹⁹ e faino observado o desenvolvemento normal cotián da vida social⁵²⁰. A etnometodoloxía detecta a “metodoloxía” coa que todo membro dunha sociedade dada fundamenta a súa propia competencia sociocultural⁵²¹. Os individuos producen relatos que explican as súas accións: métodos cos que as fan comprensibles para si e para outros⁵²². Unha sociedade é a suma, repetición e aprendizaxe destes métodos-relatos compartidos. A realidade social é así unha construción intersubxectiva⁵²³ que o sociólogo debe comprender para describir despois. Estas teses pasaron a formar parte do Imaxinario co que o sociólogo comprendela realidade, integrando tamén a semántica da socioloxía médica.

A enfermidade é para esta versión fenomenolóxica da socioloxía unha realidade construída inter subxectivamente⁵²⁴. Partindo do estudo dun servizo telefónico de prevención do suicidio Garfinkel⁵²⁵ veu a enfermidade como unha perda do estatus moral dunha persoa⁵²⁶. Unha enfermidade é así un “problema” para o que cada sociedade ofrece métodos. Ante a enfermidade aparecen rutinas sociais para redirixir o estatus perdido. Dalgún xeito, posto que os procesos biolóxicos non son relevantes nesta perspectiva, a enfermidade é equivalente á desviación. Fronte a ambas as dúas cada sociedade ofrece métodos para canalizala orde moral e social.

516 Garfinkel (1967) primeiro, Cicourel (1973, 1982) e Sacks (1982, 1985, 1995) serían os fundadores; e Zimmerman (1976; Boden-Zimmerman 1991), Poliner (Cabaleiro 1991), Wieder (1974) os seus seguidores.

517 Quizais menos influído directamente por Weber como Schütz. Véxase Cicourel 1973, 1982, 1983, 1987 para unha visión máis “cognitiva” destas formulacións.

518 Cabaleiro 1991; Coulon 1987.

519 Lynch ofrécenos unha definición clara desta proposta: “a way to investigate the genealogical relationship between social practices and accounts of those practices” Lynch 1993: 1.

520 “Os estudos etnometodolóxicos analizan as actividades cotiás dos membros *como métodos* que fan ás propias actividades visiblemente-racionais-y-referibles-a-todos-los-fines-prácticos, é dicir, descritibles (*accountable*), en canto organización ordinaria das actividades de todos os días”. GARFINKEL, *Studies*, citado en Coulon 1987, p. 45.

521 Garfinkel (1967) conta como lle veu a idea do nome folleando os arquivos culturais da *Human Relation Area* en 1955 ao ver unha serie de palabras: etnobotánica, etnofisioloxía, etnofísica. Sería, a etnometodoloxía, o estudo dos métodos de cada cultura, como a etnobotánica o é das clasificacións culturais de plantas dunha determinada étnica ou grupo cultural. Como se pode observar, a relación entre Antropoloxía e Socioloxía foi sempre estreita.

522 “a persoa empeza con certos materiais que poñen límites e logo actúa, e, ao actuar, varía eses límites. Estes novos límites constitúen o material doutro acto creativo, e así ata o infinito” Mehan- Wood 1975: 203 Citado en Cabaleiro 1991: 91.

523 A obra clásica de Berger-Luckman (1967, 1984) é herdeira desta semántica.

524 Gerhardt 1989: 179 e ss.

525 Gerhardt 1989: 178.

526 Gerhardt 1989: 190 e ss.

A énfase da socioloxía de inspiración fenomenolóxica está nos procesos cognitivos. Ante o problema da enfermidade hai pois dous camiños, non excluíntes entre si: ou ben, o propio contexto social ofrece formas de neutralización para evitar danos morais graves ao enfermo, unidos a formas de discriminación que evitan danos á sociedade. Ou ben, o problema é diagnosticado e encarado por un experto. A Socioloxía Médica inspirada nesta corrente centrouse principalmente no estudo destes dous métodos. A súa achega á semántica da Socioloxía Médica e a Socioloxía médica EM foi a modelo da enfermidade como problema en canto ao teórico⁵²⁷, e unha énfase na necesidade sociolóxica de describilos procesos cognitivos⁵²⁸ nos que se define o sentido vivido da enfermidade, a acomodación⁵²⁹ ao problema, a definición do status de enfermidade (invalidez parcial ou total)⁵³⁰ e as conversacións con expertos médicos que constitúen o proceso social de enfermar⁵³¹. Dende este paradigma os membros dunha sociedade acomodan a enfermidade-problema con explicacións e métodos que a linguaxe ofrece na súa cultura⁵³². Se a psiquiatría sería a resposta do primeiro modelo inspirado en Parsons, a antipsiquiatría do modelo interaccionista, a criminoloxía sería do terceiro modelo de inspiración fenomenolóxica.

O problema⁵³³ desta formulación é que por falar dos métodos negociados de construír a realidade non saímos da comunicación, non nos formulamos unha descrición complexa da comunicación social por insistir na obvia negociación cognitiva constante. Insistir na importancia dos mundos da vida da xente corrente, como no caso do interaccionismo, non leva consigo de por si unha aproximación científica á realidade social estudada. Denuncialo positivismo da biomedicina, ou doutras formas de socioloxía non fai automaticamente científica a propia perspectiva. Centrase nos marxinados pola enfermidade para describila utilidade social do sentido con que se constrúe a súa experiencia, non é de por si ciencia da sociedade. Pode ser unha denuncia para sumarse cun movemento social de protesta, pero non por iso descríbese a complexidade do fenómeno denunciado. Esta formulación establece a súa observación asumindo: primeiro, que cada acto individual representa un acto social⁵³⁴; pero ademais, presume tamén que cada acto social debe ser tratado como un logro social nun proceso metódico⁵³⁵ do que o sociólogo dá conta. O problema está en que hai elementos sociais que son estables de por si, dos que é difícil dar conta con esta perspectiva, pero ademais existe unha asunción acrítica da motivación do suxeito. Como vimos, esta herdanza motivacional psicolóxica é unha herdanza da socioloxía de Parsons que resta liberdade aos sistemas psíquicos, limitando así as posibilidades de observación sociolóxica. Dalgún xeito o resultado social desta socioloxía, ao describir os procesos cognitivos da enfermidade e descubrir a súa eficacia social, é cando menos paralizadora⁵³⁶.

527 Gerhardt 1989: 197 e ss

528 As descrições (*accounts*) serán un paso previo cara á narratividade como centro da investigación (Gerhardt 1989: 198-9).

529 Lynch 1993: 152.

530 Tódalas obras de Karp (1994, 1996, 2006) van dende unha inspiración tamén antropolóxica neste camiño coa EM.

531 Freidson 1970, 1978, 1989; ou Atkinson 1981, 1985, 1996.

532 Gerhardt 1989: 237.

533 "In thematizing what the participants merely presuppose and assuming a reflexive attitude to the *interpretandum*, one doesn't place oneself outside the communication context under investigation; one deepens and radicalizes it in a way that is in principle open to all participants" (Habermas 1984: 130).

534 A denominada indexicalidade: Garfinkel 1967: 161; Gerhardt 1989: 185-186.

535 O principio "pragmático": Garfinkel 1967: 161; Gerhardt 1989: 185-186.

536 Gerhardt (1989: 247) describe este efecto como diletante.

Teoría do conflito.

“A sociedade é conflito, é cambio, é loita”. Esta frase resume a idea central desta corrente. O énfase ponse no enfrontamento interno/externo a unha sociedade. Dende esta perspectiva a sociedade é un continuo conflito entre grupos sociais en loita polo poder⁵³⁷. Os grupos poderosos explotan os menos poderosos coa forza bruta, a economía e as ideas lexitimadoras da orde social. Coser⁵³⁸ é quizais xunto con Dahrendorf⁵³⁹, quen máis contribuíu dende posturas políticas contrapostas á semántica da socioloxía desta perspectiva. Imos deternos un momento para ver como, neste modelo, a enfermidade é un fracaso social na distribución dos recursos ou unha construción ideolóxica.

Nos tres modelos analizados ata agora a énfase poñíase nun esforzo por comprender e describila estrutura social, sen demasiada preocupación polo cambio e o conflito. A socioloxía de inspiración marxista que representa este terceiro modelo mira a sociedade dende o conflito, dende o enfrontamento; o cambio social é a idea seminal do imaxinario co que contribúe á socioloxía. K. Marx entendeu xa no século XIX a sociedade como loita. A historia é historia social do enfrontamento entre clases polos recursos. As ideas dunha sociedade, a súa ideoloxía, son para Marx, a lexitimación tranquilizadora da explotación. Se os recursos son maioritariamente da minoría, a sociedade capitalista lexitima esa distribución desigual como normal e xusta coa ideoloxía. As ideas sobre a enfermidade forman parte desa ideoloxía.

Xa no século XX L. Coser (1913-2003) describiu as funcións sociais integradoras do conflito⁵⁴⁰. O enfrontamento por bens, polo poder, polo status ou polos recursos escasos é conflito social e procede da estrutura social. Coser⁵⁴¹ describiulas funcións integradoras deste conflito: o conflito define, delimita e cohesiona a sociedade. R. Dahrendorf (1929-) centrou o conflito no poder, sendo a loita entre os grupos que dan ordes fronte aqueles que as obedecen, a clave da súa análise⁵⁴² das sociedades industriais avanzadas. De inspiración económica a clave está para Dahrendorf nos recursos escasos, a súa visión do conflito connótao como desexable para mantela diversidade económica⁵⁴³.

A socioloxía da EM: a enfermidade mental da sociedade.

Estes catro paradigmas descritos dominaron a imaxinación dos sociólogos ao longo da historia da disciplina. Unha combinatoria das distincións detalladas atópase en tódolos manuais existentes de socioloxía médica en xeral⁵⁴⁴, e de socioloxía médica da EMG en particular⁵⁴⁵. Sempre influídos pola moda vixente en cada época dentro do sistema médico e a psiquiatría, e por suposto, pola historia da eleccións persoais dos seus defensores. Como exemplo disto poderíamos tomar as obras de Bastide ou de Devereux, xa analizadas, que nos anos sesenta e setenta propugnaron unha socioloxía médica inspirada na socioloxía do conflito e na psicanálise, con influencia das pretensións da antropoloxía. Máis

⁵³⁷ Hegel e Marx son por suposto as dúas referencias clásicas que nutren este modelo.

⁵³⁸ Coser 1961, 1970.

⁵³⁹ Dahrendorf 1962, 1963, 1975, 1979, 1993, 2007.

⁵⁴⁰ Coser 1961.

⁵⁴¹ Inspirado nas ideas xa analizadas de Simmel (1968).

⁵⁴² Dahrendorf 1979.

⁵⁴³ Dahrendorf e A. Giddens coa súa terceira vía (1982, 2001) convertéronse en asesores do goberno británico: a socioloxía é sempre da comunicación social, nestes dous casos a comunicación é directa e explícita.

⁵⁴⁴ Véxase como exemplo a obra de Phil Brown (2000) e as súas subseguintes reedicións como manuais de ensino universitario).

⁵⁴⁵ Prior 1993; Horwitz 2002; Horwitz-Scheid 1999; Gallagher 1995; Cockerham 1996; Pilgrim-Rogers 1999; Tausig-Michello-Subedi 1999.

próximas no tempo serían as obras de Tausig⁵⁴⁶ cunha énfase na socioloxía do estrés social. A tese subxacente nos seus manuais de socioloxía da EM é a súa causa nalgunha forma de estrés: biolóxico, psicolóxico ou sociolóxico (clases sociais, diferenzas de xénero, etc.). O labor do sociólogo da EM sería neste caso cotexar as diferentes variables sociolóxicas que inflúen na EMG.

Hai dous expoñentes de Socioloxía médica da EMG que describen a súa complexidade social. Por un lado as obras de Horwitz⁵⁴⁷ dende unha perspectiva crítica, e por outro lado, os manuais de Cockerham⁵⁴⁸ dende unha observación máis integradora. Ambos dous teñen unha longa carreira de publicacións con datos principalmente procedentes dos Estados Unidos. Nos índices de calquera destes manuais de ensino universitario, dende perspectivas diferentes, constrúese unha mirada sociolóxica integradora de tódalas variables sociais “relevantes” para a observación da EMG. Como exemplo das distincións sociolóxicas coas que opera a socioloxía médica tomaremos o manual de Cockerham publicado en 1996 co título *Sociology of Mental Disorder*⁵⁴⁹.

Cockerham, tras recorrer á definición vixente na psiquiatría oficial (o DSM), e delimita a súa propia perspectiva fronte a outras visións “medicas” da EM, analiza unha por unha as variables sociais “relevantes” na observación sociolóxica: clase social, idade, xénero, estado civil, urbano / rural, emigración / inmigración e raza. En cada capítulo describelos datos principais de cada EM delimitada pola psiquiatría e a súa prevalencia segundo cada variable social (por exemplo, as diferenzas entre a incidencia da depresión maior entre mulleres solteiras de raza negra en ámbitos urbanos fronte ás brancas en cidades). Capítulo a capítulo percorre os datos recollidos nos centos de artigos publicados ata o momento (1996). O resto do seu manual adopta unha perspectiva menos estatística para centrarse nas historias individuais dos pacientes dende unha perspectiva sociolóxica: primeiro, a experiencia de antes da aparición da EM, despois o proceso de tratamento nas institucións e a súa posterior vida fose delas. De novo cada capítulo revisa a bibliografía existente, en lingua inglesa maioritariamente, sobre cada unha destas partes da carreira do EM. Aínda que con carencias, especialmente por centrarse só na bibliografía do mundo anglosaxon, Cockerham si describe cientificamente a complexidade social da enfermidade mental.

Socioloxía médica en España e Galicia.

Non existe practicamente bibliografía especializada na Socioloxía médica da complexidade social da EMG en España. As investigacións publicadas son parciais, tanto polas súas perspectivas teóricas, coma polos datos utilizados. Hai algunhas publicacións, artigos principalmente, dende unha perspectiva de socioloxía médica en xeral. Pero non existe nada especificamente publicado dende unha perspectiva sociolóxica sobre a complexidade da Enfermidade mental. Os estudos existentes son retallos non sistematizados; estes pódense organizar en varios grupos, en función do imaxinario sociolóxico dende o que posicionanse. Deixamos de lado nesta consideración que facemos a continuación as descricións

⁵⁴⁶ Tausig 1980, 1987, 1999.

⁵⁴⁷ Horwitz 2002; Horwitz-Scheid 1999.

⁵⁴⁸ Cockerham 1996 é un manual reeditado e actualizado en varias ocasións, utilizado habitualmente en moitas universidades de fala inglesa), pero calquera das obras citadas deste autor na bibliografía final podería valer como exemplo. O resto dos manuais de socioloxía médica da EM teñen estruturas similares se ben menos completas e sistemáticas.

⁵⁴⁹ Cockerham 1996.

dende a antropoloxía médica⁵⁵⁰, que xa foron obxecto de análise; se ben é relevante indicar que moitas delas alimentanse da semántica e os imaxinarios sociolóxicos que vimos describindo. Ningún dos grupos sinalados a continuación fai un estudo exhaustivo como os apuntados hai un momento. Tampouco debense tomar estas distincións aquí sinaladas como excluíntes entre si, pois moitos dos traballos mesturan varias opcións.

Temos en primeiro lugar, as observacións da EM que partiron dunha desexada pureza estatísticas inspiradas nos informes sociolóxicos do CIS⁵⁵¹ ou dos informes FOESSA⁵⁵² nas súas respectivas aplicacións á saúde (con datos do INE). Estaría por exemplo a obra de Durán⁵⁵³ sobre os factores sociais que provocan a confluencia de desigualdade e enfermidade⁵⁵⁴. As perspectivas adoptadas varían dende unha socioloxía da desviación denunciando a falta de coherencia cun sistema supostamente democrático, ata a deconstrución das orixes históricas dos nosos sistemas médicos de asistencia psiquiátrica⁵⁵⁵. En calquera caso son estudos dispersos, illados, non sistematizados e sen unha clara orientación decriptiva da complexidade.

Un segundo grupo, constituirían os estudos de denuncia. Denominamos así a unha boa cantidade de publicacións presentadas coa intención de mostrar e denunciar abusos do poder político e/ou económico. Moitos teñen inspiración nas obras de Foucault⁵⁵⁶ sobre a enfermidade mental, ou no imaxinario analizado xa da socioloxía como crítica e reitora do sistema social.

Un terceiro grupo, serían os estudos de carácter epidemiolóxico, cunha clara intención de servir de base á mellora do sistema de diagnóstico médico. Os estudos de Rodríguez López⁵⁵⁷ en Galicia, ou de Crespo⁵⁵⁸ ou San Martín⁵⁵⁹ en España serían exemplos deste grupo.

En Galicia o catedrático de psiquiatría da Universidade de Santiago de Compostela Antonio López, publicou varios libros e artigos, dirixindo teses doutorais tamén⁵⁶⁰, dende unha perspectiva médica e epidemiolóxica⁵⁶¹, pero cunha clara orientación sociolóxico estatística. A relación entre o alcoholismo⁵⁶² e a EM, o seu vínculo coa emigración⁵⁶³, ou a influencia dos medios de comunicación de masas na imaxe da EM en Galicia son dous das súas investigacións⁵⁶⁴. Mateos -Rodríguez 1989 serían exemplos de epidemioloxía aplicada á psiquiatría, e centrado en Galicia este último.

⁵⁵⁰ AAVV 1997; Comelles 1988, 2000; Domínguez 1981; Miguel 1990; Martínez Hernández 1998, 2000; Lisón 1980; ou Perdiguero 1990 serán exemplos desa antropoloxía médica relacionada coa EMG en España. As obras de Emilio Fernández e Marcial Gondar, coa de Mariño ou Lisón son as súas aplicacións a Galicia (todas xa citadas, véxase a bibliografía).

⁵⁵¹ CIS 1990 e os resumos estatísticos anuais citados na bibliografía.

⁵⁵² FOESSA 1995 e ss.

⁵⁵³ Durán 1983.

⁵⁵⁴ Álvarez 1983, 1989; ou en 1994 (Álvarez-Varela 1994) onde se desmadejan as redes políticas da socioloxía académica.

⁵⁵⁵ Miguel sobre as relacións das políticas sanitarias co catolicismo español (1979).

⁵⁵⁶ Véxase Torres 1991 ou a ampla bibliografía de Foucault na bibliografía.

⁵⁵⁷ Rodríguez 1974, 1995 entre outros.

⁵⁵⁸ Crespo 1980.

⁵⁵⁹ San Martín 1981. Ambos os dous inspirados en bibliografía de epidemioloxía internacional, os máis antigos Eaton 1974, e máis recentemente: Robin 1985; Ten 1989 ou Berkam- Kawachi 2000.

⁵⁶⁰ Véxase a ampla bibliografía de investigacións dirixidas por Antonio López (63) na biblioteca da USC.

⁵⁶¹ Mateos-Rodríguez 1989.

⁵⁶² Rodríguez 1995.

⁵⁶³ Rodríguez 1974.

⁵⁶⁴ Mateos-Rodríguez 1989.

Unha notable excepción son os traballos de Emilio González sobre a Enfermidade Mental en Galicia en colaboración con Marcial Gondar⁵⁶⁵. A pesar de adoptar unha perspectiva antropolóxica, quizais polo holismo propio desta disciplina, son as únicas publicacións de intención científico social elaboradas máis próximas a unha socioloxía da complexidade da enfermidade mental en Galicia. Pero carecen dun afán sistemático ao cingirse a elementos definidos intencionalmente como culturais. Aproveitando para facer tamén críticas á política sanitaria dun ou outro signo ao longo do tempo.

⁵⁶⁵ Op.cit.

3.B. Conclusións: Complexidade sociolóxica.

Se a antropoloxía ten como lema “todo é cultura“, o lema da socioloxía é: “todo é sociedade”. Pero a complexidade coa que observa a socioloxía científica é maior. Para diferenciarse a socioloxía estableceuse como ciencia dos feitos sociais, fronte á historia ou a psicoloxía. A sociedade é un todo coa súa estrutura no que cada elemento adquire sentido. A socioloxía debe ofrecer descrições dese todo (Wéber, Durkheim, Parsons) ou dos seus elementos (Simmel, Schütz) ou quizais centrarse nun grao intermedio (Merton). En todo caso cada elemento de todo social é comprensible só dende ese todo que é a sociedade.

3.B.

A socioloxía construíu unha plataforma imaxinaria de observación dende o século XIX como gardiá ética da orde. Os sociólogos observan a realidade para curala, dirixila ou simplemente adoutrinala. Este matiz, con maior ou menor ironía ou cinismo, máis ou menos oculto, é constitutivo de toda observación sociolóxica. A emerxencia da sociedade funcionalmente diferenciada perfilou o imaxinario do sociólogo como o gardián moral da evolución social, permitíndolle adiantar cos seus estudos, unha visión do que está por vir.

De aí que a enfermidade en xeral sexa analizada dende a socioloxía coa semántica dun fallo ou erro social. A normalidade fronte á desviación ou a capacidade fronte á incapacidade son as distincións sobre as que observar os roles de incapaz ou de desviado. A enfermidade mental é observada nas situacións na que o todo social desintégrese, falla ou simplemente rompe. De aí que a emigración e os cambios sociais sexan o caldo de cultivo para a comprensión sociolóxica das enfermidades mentais.

Unha vez establecido o rol de incapaz ou desviado na socioloxía as derivacións na súa semántica centráronse nel. A enfermidade foi estudada polo tanto en torno a ese rol e a súa negociación na comunicación. Constuíndose así cunha visión un tanto romantizada da enfermidade, entendible ao “perder” a enfermidade os seus elementos médicos e centrarse nos compoñentes sociais. A socioloxía da enfermidade mental oscilou así entre a denuncia dos erros do sistema social no tratamento das enfermidades, e a descrición dos contidos (simbólicos, psicolóxicos, conductuais, cognitivos) do rol de enfermo e a súa contrapartida no rol de médico (ou os seus equivalentes). A complexidade da EM ten así, nestas distincións aquí sinaladas, as claves sociolóxicas da súa observación.

Como vimos os clásicos da socioloxía citados⁵⁶⁶ xeraron unha semántica sociolóxica, con distintas linguaxes e terminoloxías, sobre catro elementos que forman parte do acervo da socioloxía actual. Estes catro elementos xorden no propio sistema social como intentos de auto describirse.

Temos, *primeiro*, a súa insistencia na necesidade de describir obxectiva e cientificamente o sistema social emerxente, a sociedade funcionalmente diferenciada.

En *segundo* lugar, apuntalaron unha preocupación por definir o método axeitado para describir cientificamente o sistema social complexo nacente. Estes dous primeiros elementos uníranse no uso de

⁵⁶⁶ Deixamos de lado por motivos de brevidade unha boa cantidade deles, dende Montesquieu a Pareto, para unha minuciosa descrición pode consultarse Ritzer (1993) entre outros citados na amplíaa bibliografía final.

estadísticas da sociedade como ferramentas descritivas da complexidade do sistema sociedade emerxente.

Un *terceiro* elemento é o feito de que todos estes clásicos da socioloxía participan dunha formulación evolucionista baseada na idea, sensación ou intuición de progreso, de mellora. Queren describir así o máis obxectivamente posible, unha liña oculta por descubrir na evolución das sociedades, esa liña sería a guía velada da evolución do sistema social⁵⁶⁷.

Finalmente, un *cuarto* compoñente que teñen tamén en común é unha preocupación ético moral polo destino do sistema social emerxente, cunha intención “médico moral” de dirixilo polo bo camiño grazas aos datos obxectivos achegados. Cada unha destas observacións, cos conceptos e ideas de cada autor, pasa a formar parte da semántica da socioloxía no século XX. Ningún destes elementos desapareceu por completo da Socioloxía.

Non existe, como vimos, unha socioloxía médica da complexidade da EMG en Galicia. Non se elaborou tampouco unha historia do sistema médico e a psiquiatría en Galicia.

Na primeira parte desta investigación demos dous pasos. Primeiro construíuse unha perspectiva teórica de observación dende a socioloxía da complexidade de Niklas Luhmann. Fundamentáronse unhas teses cos presupostos sobre os que construímos a nosa observación. O segundo paso consistiu, asumindo xa as teses citadas, nun percorrido pola historia da semántica dos sistemas sociais encargados de ofrecer descrições ao sistema social do noso tema de interese: a enfermidade mental grave. Pasamos nun primeiro momento pola psiquiatría para comprobar as distincións sobre as que se asenta a observación do sistema médico. Logo, percorremos a grandes trazos os conceptos (sociedade e cultura) dende os que se observa na ciencia da sociedade sobre a base dunha serie de distincións analizadas.

Para poder construír unha descrición da complexidade da enfermidade mental en Galicia optamos⁵⁶⁸ por recoller narracións⁵⁶⁹ biográficas a través de entrevistas. Debido á falta de estudos especializados seleccionouse a recolección de biografías narradas en entrevistas como procedemento para a obtención de datos. Coas entrevistas realizadas reconstruiremos na segunda parte desta investigación a complexidade do sistema psiquiátrico en Galicia e a súa historia.

⁵⁶⁷ Sen por iso confundir, as máis das veces, causa con sucesión. A obra de Jonson e Earle (2003 (2000)) contén actualizada a mellor das descrições desta tendencia vixente da semántica sociolóxica.

⁵⁶⁸ Velasco-Díaz 2004: 17 y7 ss.

⁵⁶⁹ A narratividade xa se discutiu anteriormente. Nesta tese seguimos a definición de narratividade de Elliot (2005: 6), pois casa perfectamente coas conclusións teóricas e metodolóxicas apuntadas no capítulo primeiro. Narratividade (parafraseamos Eliot 2005: 6) é unha elección metodolóxica onde tense interese en (1) as experiencias vividas e a apreciación dos entrevistados da temporalidade; en (2) dar voz e poder aos propios entrevistados á hora de delimitar os temas e conceptos que usan; (3) un interese nos procesos de cambio e a influencia do tempo; (4) unha clara preocupación polas percepcións do eu e as súas representacións; e finalmente, (5) unha clara conciencia do propio investigador como narrador.

Segunda Parte: Socioloxía Médica da EMG en Galicia.

Introdución.

É agora o momento de aplicar a nosa perspectiva teórica aos datos recollidos en Galicia sobre a EMG. Nesta segunda parte detémonos primeiro (nesta mesma introdución) nuns apuntamentos metodolóxicos para aclaralas decisións tomadas na recollida de datos. Tras esta primeira parada é necesario facer dous incursións preliminares, unha para *describir* superficialmente Galicia, primeiro, e a bisbarra onde recollemos os nosos datos de forma maioritaria, despois (capítulo 4).

Unha segunda incursión centrará o noso tema no desenvolvemento histórico da asistencia psiquiátrica en Galicia (capítulo 5). Posto que os nosos primeiros datos foron recollidos en 1992, facemos un percorrido histórico da asistencia psiquiátrica en Galicia ata 1992. O puzzle de datos e observacións resultará simple e comprensible se realizouse un bo traballo. Pero como cando a un deportista vemoslle percorrer 100 metros en menos de 10 segundos e nos parece sinxelo, o labor previo de adestramento é a clave, e dende logo non foi sinxela, nin podese dar nunca por rematada.

Tras estas dúas incursións estaremos situados para entrar de cheo nos nosos datos. Agrupámoslos en dous momentos temporais. Primeiro, dous conxuntos de observacións realizadas en 1992 en dúas Unidades de Saúde Mental, en dúas cidades galegas (capítulo 6). O corazón desta investigación constitúeno non obstante os datos recollidos na Asociación de Familiares e Enfermos Mentais Pégola realizada entre 2005 e 2008 (capítulo 7). Nos tres capítulos seguintes, tras describi-lo traballo na asociación, faise unha reconstrución de carreira biográfica en busca do sentido cando entrarse en contacto cunha EM; primeiro dos familiares (*Males de familia*, no capítulo 8), logo dos xestores (*Males de médicos* no capítulo 9) e finalmente dos propios pacientes ou usuarios (capítulo 10). Rematamos cun capítulo dedicado a unha entrevista cun informático do SERGAS (capítulo 11) que conduciranos cara ás conclusións.

Cada un dos capítulos desta segunda parte ten dúas partes ben delimitadas. Na primeira descríbese o conxunto dos datos recompilados a través de entrevistas, consulta de arquivos, revisións bibliográficas ou os métodos que iranse aclarando en cada caso concreto. Pero cada capítulo remata cunha segunda parte a xeito de conclusión. Nelas descríbese a complexidade comunicativa da EM en Galicia analizada ao longo do capítulo. Así no primeiro capítulo dedicado a Galicia, remátase analizando a *complexidade político territorial*; no seguinte (capítulo 5) dedicado á historia do sistema sanitario galego, concluímos bosquejando a *complexidade administrativa* do tratamento da EMG; no caso das unidades de saúde mental do capítulo seguinte (capítulo 6), tras describir en detalle a forma de traballo de cada unidade, delimitamos a *complexidade interdisciplinar* coa que traballan unha, e ao seu *equivalente psicoanalítico* na segunda. Ao centrarnos en Pégola (capítulo 7), describiremos a *complexidade asistencial* coa que se traballa nunha asociación de EM. Os catro capítulos seguintes describirán a complexidade, por dicilo así, en primeira persoa: no dedicado ao perfil biográfico dos familiares de EM (capítulo 8), concluímos cunha delimitación da *complexidade íntima*, no dedicado aos xestores falaremos da *complexidade da responsabilidade* (capítulo 9), e finalmente o capítulo dedicado aos enfermos, finalizase cunha análise da *complexidade vivida* (capítulo 10). O último capítulo desta segunda parte (capítulo 11) céntrase en

única entrevista cun informático, e conclúe cunha reflexión centrada na *complexidade da xestión* da EM en Galicia dende unha perspectiva *non médica*. Nestes apartados finais de todos estes capítulos sinalásense as distincións e os imaxinarios sociais cos que observase a EM dende cada unha destas perspectivas. A orde social da loucura en Galicia atópase así no complexo entrelazado inabarcable de todas elas. Deste xeito estaremos en disposición de entrar nas conclusións desta investigación.

Aclaracións metodolóxicas.

O noso marco teórico, como vimos, require ter unha especial sensibilidade co tempo. Por iso os nosos datos están expostos nunha secuencia histórica, contextualizando a complexidade social en relación á EMG. Así fixose uso dunha extensa bibliografía, pero ademais en cada unha das entrevistas realizadas ou os grupos de discusión, foise especialmente coidadoso en observar a evolución individual de cada persoa entrevistada na súa relación coa EMG. Polo tanto, en tódalas entrevistas, conversacións informais e anotacións nos diarios ou cadernos de campo tivose un especial coidado en reflectir a evolución no tempo persoal⁵⁷⁰, ademais do tempo histórico, institucional ou social.

Unha segunda preocupación central nesta investigación foi capacitar o lector para observar a complexidade da EMG en Galicia. Con isto indícase que non pretendemos situar o lector só na verdade do psiquiatra director da USM urbana que describiremos nun momento, ou na visión dun esquizofrénico de Pégola. Tomámonos en serio o sentido da complexidade social, e temos que capacitar o lector desta tese na observación da complexidade, non dunha verdade parcial. A orde na que seleccionamos presentar os datos nunha secuencia temporal é tamén coherente con esta segunda gran preocupación.

Mentiríamos se afirmásemos seleccionar as dúas USM pola súa relación con Pégola. Centrámolos en Pégola pola riqueza de elementos sociais, como se verá, presentes nesta asociación. Pero sobre todo por unha boa relación persoal con moitos dos integrantes de Pégola, imprescindible para a obtención de datos sobre unha temática tan sensible como a enfermidade mental. Seleccionamos non indagar máis da USM en Esteiro, Unidade de referencia dos usuarios de Pégola, para non nos centrar na cultura dunha soa organización social (more antropológico), e poder describir así elementos da complexidade en Galicia. En vez de facelo utilizamos os datos obtidos previamente en dous USM para construír así a nosa observación. Tiñamos datos ademais da unidade de drogodependencias de Esteiro a través dunha entrevista co seu psiquiatra durante anos, e unha infinidade de testemuños dos traballadores e usuarios de Pégola sobre a USM de Esteiro.

É importante tamén apuntar que diferenciamos dous tipos de fontes de información que pasamos a describir superficialmente a continuación, especificando as claves coas que de agora en diante citásemos. Por un lado, os datos *primarios* recollidos para esta investigación mediante entrevistas. Por outro, usamos datos *secundarios* extraídos da bibliografía publicada.

⁵⁷⁰ A bibliografía sobre metodoloxía consultada foi extensa, tanto sobre métodos de entrevista (Alonso 1994; Foddy 1994) como sobre a problemática das biografías ou autobiografías (Denzin 1989; Becker 1997; Behar 1996). Consúltase para ampliar información a extensa bibliografía, ademais dos manuais de metodoloxía clásicos (García-Ibañez 1994) sobre esta temática citada ao final desta tese.

Datos primarios: tres relacións coa enfermidade mental grave.

Os nosos datos primarios teñen tres orixes en función do tipo de relación mantida polo entrevistado coa Enfermidade Mental Grave (EMG). Recolléronse *entrevistas biográficas* procedentes de tres grupos, sempre en Galicia:

1. Biografías de **enfermos** mentais graves centradas na *evolución* das súas experiencias coa enfermidade en Galicia.
2. Biografías de **familiares** de enfermos mentais graves nas que narran o *desenvolvemento* da súa relación coa EMG dos seus familiares en Galicia (fillos, fillas, esposos, esposas, pais, nais, padriños, amigos, etc.).
3. Biografías de **xestores** da EMG nas que narran o *desenvolvemento da súa aprendizaxe* profesional coa EMG ao longo das súas carreiras profesionais en Galicia. Dividimos este grupo en dous sub grupos: os **terapeutas** e os **coidadores**. Terapeutas son tódolos profesionais que traballan coa EMG cunha intención médica. Trátana, curan, fomentan a rehabilitación ou axudan no súa cronicidade. Son os psiquiatras, psicólogos, psicanalistas etc. No grupo dos coidadores englobamos aqueles profesionais máis que centrados nunha función netamente médica, psicolóxica ou psiquiátrica especialízanse nos coidados paliativos ou na simple compañía. Neste segundo grupo englobamos celadores, enfermeiras de planta, asistentes sociais, etc.

Tódolos nomes e referencias xeográficas, salvo que o entrevistado dera autorización expresa, modificáronse para preservalo seu anonimato. Úsanse nomes propios que comezan por unha mesma letra para cada un dos colectivos. Modificáronse así os seus nomes, para que o lector poida identificar doadamente a qué grupo pertence o informante ao que nos referimos en cada momento⁵⁷¹, ao mesmo tempo que ocultamos os súas identidades recoñecibles.

Usamos a “M” como inicial para os nomes propios do colectivo dos xestores-Médico-sanadores. Un informante chamado Manuel pertencerá ao grupo dos xestores da EMG. A letra “F” reservámola para os Familiares. As letras “P” ou “E”, para os Pacientes ou Enfermos; dous iniciais neste caso por ser o grupo máis numeroso de entrevistados. Para codificar e citalas transcricións das gravacións⁵⁷² das entrevistas, asígnase a cada entrevista un código composto por tres datos: o nome asignado ao entrevistado, o número da entrevista e finalmente a páxina da transcrición citada ou o minuto da gravación nalgúns casos. Así por exemplo: unha cita co formato “Mercedes 1: 27”, refírese á primeira entrevista realizada a Mercedes na páxina 27 da transcrición. Nas listas dos apéndices resúmense, a xeito de índice, os datos principais das entrevistas e dos entrevistados para facilitala súa consulta ao longo da lectura da tese, pero tamén como un “mapa xeral” dos datos utilizados. Incluímos nos mesmos apéndices unhas táboas con listas resumindo os datos.

A maior parte das entrevistas utilizadas nesta tese realizáronse en tres contextos diferentes ao longo dos últimos catro anos dende o ano 1992. Primeiro, un grupo de entrevistados ao longo de toda Galicia

⁵⁷¹ Usei o dicionario de nomes galegos de Feixó Cid (2003) para seleccionar os nomes propios de uso máis común en Galicia.

⁵⁷² Usáronse tres tipos de formas de gravación: primeiro, en cintas compactas para as entrevistas máis antigas (dixitalizadas posteriormente); en segundo lugar, gravacións dixitais directamente procesadas polo ordenador; e finalmente pequenos vídeos con cámara dixital. Todos eles nos arquivos persoais do autor cuia listaxe pode consultarse nos apéndices.

sen ter unha relación directa con Pégola. O contacto con eles levouse a cabo seguindo as listas do colexio de psiquiatras, listas telefónicas ou contactos persoais. Indícase a forma de contacto en cada caso. Este grupo identifícase nas listas dos apéndices colocándoos en primeiro lugar.

Un segundo grupo constitúeno os entrevistados pola súa relación directa con Pégola. O contacto conseguiuase ao longo dos anos de colaboración do autor coa asociación dende o 2005. Finalmente, un terceiro grupo de entrevistas constitúeno os grupos de discusión realizados en A Coruña como parte dunha investigación sobre a cronicidade psiquiátrica⁵⁷³.

Antes de realizar o groso da investigación desta tese o autor asistiu durante uns meses a tres centros de atención pública psiquiátrica nos anos noventa. Primeiro, coa supervisión do psiquiatra director dunha Unidade de Saúde Mental nunha capital galega, asistíuse a estadillos, grupos de discusión, consultas na cidade e en varios pobos do interior de Galicia durante un período de seis meses. Levouse un diario de campo pormenorizado, gravándose moitas das sesións. Cítanse estes datos con referencias directas ás gravacións e as notas. O contacto co director psiquiatra foi primeiro por carta a través dun coñecido común.

Segundo, observouse durante un mes o traballo dunha Unidade de Saúde Mental noutra capital galega. Asistindo a estadillos, presentación de casos na unidade, recepción de médicos e psicólogos en prácticas, etc. Contactouse con este servizo a través do psiquiatra director da Unidade anteriormente citada. Finalmente, durante un período de dous meses consultáronse os arquivos do Hospital Psiquiátrico de Conxo. O contacto para esta revisión dos arquivos de Conxo foi a través dun familiar co daquela Director médico do Hospital.

Entre 2003 e 2008 participouse na vida diaria de Pégola, unha Asociación de Familiares e de Enfermos Mentais en Esteiro. Contactouse coa directora Mercedes para explicalos obxectivos da investigación, ofrecéndose a posibilidade dun taller ou unhas clases para os usuarios. Tras unha consulta coa directiva da asociación e presentar un informe por escrito obtívose permiso favorable co compromiso de manter o anonimato de tódolos implicados. En setembro de 2005 iniciouse un taller de inglés tódolos xoves na asociación, ao mesmo tempo que comezaba a recollida de información. Durante estes anos de observación entabloouse unha boa relación persoal con tódolos membros de Pégola. Participouse en tódolos talleres semanais da asociación en diversas ocasións, en excursións e saídas con tódolos seus membros. Ademais dunha sistemática observación “informal” do día a día e durante os talleres semanais realizáronse dez e sete entrevistas formais a usuarios de Pégola. Ademais recolléndose datos sobre 223 usuarios nos arquivos da asociación⁵⁷⁴. E por suposto tomáronse cafés, participado en mesas de debate, reunións formais e informais con tódolos traballadores de Pégola, reflectíndose todos estes datos nos cadernos de anotacións.

Datos secundarios.

As crónicas, diarios, biografías ou ensaios publicados por persoas dun destes tres grupos sinalados constitúen os nosos datos secundarios. Aos grupos sinalados como datos primarios habería que engadir

⁵⁷³ Os datos destes grupos de discusión forman parte dunha investigación financiada polo SERGAS sobre a cronicidade. Poden consultarse a memoria presentado para esa investigación en (Pintos-Rey-Marticorena 2004) <http://www.usc.es/cpolitic/mod/book/view.php?id=780>.

⁵⁷⁴ Un cadro resumo de todos estes datos pódese consultar nos apéndices.

nos datos secundarios un tipo máis: os procedentes dos medios de comunicación de masas e do ámbito do periodismo.

Ordenamos nos apéndices a bibliografía utilizada nesta tese por conter testemuños biográficos. Ordenámola alfabeticamente cun breve comentario sobre cada obra. Ordénase esta bibliografía en función da súa procedencia por un criterio político xeográfico: primeiro, España, despois Europa, Estados Unidos; e finalmente o resto do mundo. Existe un sesgo claro nesta mostra en función dos idiomas aos que o autor desta tese ten un acceso máis directo. Así están máis representados os países de fala castelá, inglesa e alemá onde tamén a literatura de auto axuda é máis abundante⁵⁷⁵. Nesta lista inclúense referencias sobre a historia da psiquiatría nos últimos 50 anos publicada directamente polos seus protagonistas tanto en España coma no resto do mundo. En conxunto constitúen unha parte esencial sobre o que se constrúe esta tese polo seu testemuño cheo de experiencias persoais⁵⁷⁶.

Un segundo tipo de datos secundarios constitúeno unha ampla variedade de artigos e documentos dos medios de comunicación de masas. Especificanse nun apartado aparte nos apéndices, indicando sempre a súa procedencia. Inclúese tamén un cadro resumo.

⁵⁷⁵ Giddens 1991, 1995.

⁵⁷⁶ Unha lista máis completa pode atoparse na bibliografía.

Capítulo 4. Galicia: A Bisbarra de Oleiros⁵⁷⁷.

4

Presentamos a continuación datos que servirán para contextualizar tanto as historias dos integrantes da Pérgola, como a evolución das institucións socialmente encargadas en Galicia de xestionar a EMG. Só entón estaremos en disposición de facer unha descrición *complexa* da orde social e a EMG galega. Pois, por exemplo, falar de fármacos para os síntomas psicóticos, ou falar do diagnóstico dunha esquizofrenia segundo o DSM-IV⁵⁷⁸, ou da vida dun enfermo con depresión, ou da reforma psiquiátrica en Galicia, non ten sentido sen unha contextualización nesta complexidade do sistema sociedade coas tinguaduras locais propias e galegas.

O cambio social⁵⁷⁹ que viviu Galicia nos últimos cincuenta anos levouna dende unha forma de organización social agrícola-pesqueira segmentada a formar parte do sistema social global cunha estrutura funcional que describiamos teoricamente. Pero esta evolución social non significa a desaparición dos sistemas sociais anteriores. Por iso non se pode describir Galicia só dende o paradigma da modernidade, ou facelo dende o anelo ben intencionado do progreso⁵⁸⁰, nin pode describirse cunha nostalxia idealizada da “cultura tradicional” galega⁵⁸¹. Estes son erros teóricos habituais nos estudos sociolóxicos ou antropolóxicos de Galicia.

Porque como acabamos de ver a evolución do sistema sociedade contemporánea cara á sociedade funcionalmente diferenciada non implicala desaparición de sistemas sociais anteriores organizados baseándose no parentesco, o territorio ou segmentos diferenciados socialmente. Galicia non é unha excepción neste sentido. Tódolos datos sobre Galicia aquí presentados se basean nesta distinción luhmaniana⁵⁸². Por iso os sistemas sociais non funcionalmente diferenciados (baseándose estes no parentesco, ao no territorio ou nalgũa forma de segmento social) son asociados nesta tese coa Galicia habitualmente denominada tradicional, especialmente na literatura da antropoloxía socio cultural. Mentres que as organizacións e institucións propias da industrialización e a globalización⁵⁸³ en Galicia vinculásenlle á sociedade funcionalmente. A descrición que ofrecemos de Galicia en datos é por suposto, en consecuencia, sesgada pero complexa.

577 Do mesmo xeito que usamos un nome ficticio para a asociación na que se centra esta investigación eliximos unha denominación ficticia para a bisbarra onde está situada Pérgola, e así preservalo anonimato dos usuarios. Oleiros é un topónimo moi común en toda Galicia, de aí a nosa elección. Os datos son por suposto sempre reais indicándose en cada caso a súa procedencia. A selección do datos marca unha diferenza, en sentido luhmaniano, con respecto a outros estudos sobre esta mesma temática (véxanse as teses do final do capítulo 1).

578 APA 2005.

579 Non existe un estudo completo da rápida velocidade deste cambio en comparación co resto das Comunidades Autónomas ou países da Unión Europea. Abonda escoitar a historia oral dos maiores de Galicia, fixándose por exemplo nas formas de traballo, para decatarse da evolución do sistema tradicional adaptándose e cambiando ao mesmo tempo. Nas historias dos usuarios de Pérgola e os seus familiares non pode esquecer este dato.

580 Este sesgo é obxecto de análise noutra parte desta tese, como referencia pode tomarse case calquera estudo “sociolóxico” encargado pola Xunta de Galicia ou algunha das institucións “económicas” da Comunidade Autónoma: un bo exemplo podería ser este artigo curto de López Facal (2003) onde usase unha descrición xerada socialmente como suposta tese científica dende a socioloxía.

581 Os estudos de “antropoloxía cultural”, cheos por outra parte de grande cantidade de datos empíricos, de Lisón Tolosana (1983; 2004) sobre os Ancares poden servir de paradigma deste sesgo que analizase teoricamente no apartado correspondente desta tese.

582 Sociedade diferenciada polo territorio, pola parentela ou polos segmentos sociais locais, véxase sección dedicada á evolución da sociedade no primeiro capítulo desta tese.

583 Falaremos polo tanto da Galicia tradicional para referirnos a todos os sistemas sociais existentes en Galicia non funcionalmente diferenciados, mentres que sempre que nos refiramos á industrialización ou a globalización falamos do sistema sociedade do que Galicia forma parte, e por suposto da súa evolución. A referencia a un ou outro será clara segundo o contexto.

GALICIA: xeografía e territorio.

Galicia é política e administrativamente unha das dezasete Comunidades Autónomas que articulan España dende 1981, despois dos corenta anos do fascismo da ditadura de Franco (1939-1975). Sitúase xeograficamente en Europa cunha fronteira ao sur ao longo do río Miño sobre Portugal, con fronteiras co Océano Atlántico ao oeste, ao norte co mar Cantábrico, e ao leste coas Comunidades Autónomas Españolas de Castela-León e Asturias⁵⁸⁴. O seu territorio foi dividido en catro rexións administrativas ou provincias: Lugo, Ourense, Pontevedra e A Coruña. Galicia entra a formar parte da Unión Europea con España en 1986. Dúas datas marcan pois os cambios políticos nos últimos corenta anos: 1975 coa morte de Franco e 1986 coa entrada na Unión Europea⁵⁸⁵. Detémonos primeiro nunha descrición da xeografía galega con algunhas indicacións preliminares sobre o seu sistema económico, para entrar despois na súa xeografía humana, a súa poboación e a súa forma peculiar de distribución xeográfica. Finalizamos con datos sobre a historia social de Galicia e a historia política recente⁵⁸⁶. A continuación presentamos datos sobre a bisbarra na que se sitúa Párgola: Oleiros.

Xeografía física: ¿illamento?

A paisaxe galega é montañosa e relativamente uniforme, entre 200 e 700 metros de altitude como media, con Cabeza de Manzaneda de 1778 metros como un dos picos máis altos⁵⁸⁷. Estas montañas máis altas sitúanse no interior e mantiveron a Galicia xeograficamente illada de España e de Portugal; así, as dúas autoestradas que conectan a Galicia co resto da Península Ibérica teñen só uns anos de antigüidade⁵⁸⁸. A extensa superficie costeira atlántica de Galicia divídese en rías: golfos ou baías coa desembocadura de ríos no seu interior que permiten a existencia de portos naturais protexidos. As rías son máis agrestes a medida que avanzamos cara ao norte, todas elas cunha fauna rica en vida debido á relativamente baixa temperatura das súas augas. Se a orografía galega interior supuxo illamento, a extensa actividade dos portos costeiros levou consigo unha permanente apertura ao exterior. A precipitación anual galega é moderadamente alta, excedendo os 1000 milímetros na maioría dos lugares. Non obstante, a auga consérvase pouco na terra debido a que a un chan gravemente erosionado que mantén pouco tempo a humidade⁵⁸⁹.

Datos económicos I.

O terreo favorece a cría de animais fronte á agricultura industrial, sendo a cría de gando a actividade industrial tradicional predominante xunto coa pesca na súa costa atlántica e cantábrica⁵⁹⁰. A produción

584 Como tódalas historias a de Galicia non está exenta de distincións interesadas que describen de formas diversas os avatares desta rexión xeográfica. Parte do territorio actual foi un reino independente na Idade Media, cun desenvolvemento económico similar ao doutros reinos de Europa ata a anexión por parte dos Reis Católicos e a xestión administrativa con criterios de colonia ata ben entrados os séculos XIX e XX. Véxase: Murado 2008; Villares 1982; Beiras 1995, e entre os clásicos Risco 1976, Manuel Murguía 1901 ou Otero Pedrayo 1962.

585 En 2005 o Partido Popular, tras 16 anos de maiorías no Parlamento galego, perdeu o Goberno da Comunidade Autónoma. Esta terceira data podería ser considerada un cambio político histórico, pois o presidente durante eses anos foi Manuel Fraga, ministro xa nos tempos do franquismo. Os corenta anos da ditadura franquista tiveron unha “continuidade” política en Galicia, denominada Transición. O continuismo político galego “conservador” iría dende 1939 ata 2005, sumando un total de case 70 anos.

586 A nosa selección de datos será por suposto parcial. Indicaremos as controversias existentes en cada caso, tratando de facer evidente as distincións coas que construímos a nosa observación sociolóxica.

587 Torres Luna 1992.

588 Dada a orografía galega a inversión necesaria para vías de alta capacidade é varias veces máis alta que en calquera zona da península: véxanse os datos ofrecidos polo ministerio de fomento na súa páxina web: www.fomento.es.

589 Ademais dunha base porosa granítica, véxase: *Enciclopedia Británica* 1998.

590 Galicia conta con pouco menos de 1500 quilómetros de costa.

primaria (agricultura, silvicultura, marisqueo e pesca) domina a economía tradicional da rexión⁵⁹¹. A agricultura de subsistencia prevalecía a principios do século XX entre os “minifundios”⁵⁹², coas patacas e o millo como colleitas principais, e os porcos entre o gando máis común⁵⁹³. O sector industrial⁵⁹⁴ de Galicia non estaba desenvolvido como noutras Comunidades Autónomas, e a maior parte centrase hoxe en día no procesado de materias primas⁵⁹⁵. A conserva é particularmente importante na costa, cos abundantes serradoiros no interior montañoso. Unha refinaría de petróleo en Coruña estimulou o desenvolvemento industrial nesa provincia, mentres que en Ferrol e Vigo foi a construción naval o factor estimulante dende os anos 70⁵⁹⁶, ao que se uniu en Vigo a industria automobilística. Galicia contribúe cunha porcentaxe pequena do Produto Interior Bruto (PIB) de España, en torno ao 4%⁵⁹⁷. Unha contribución tan baixa debe contextualizarse coa importancia do sector informal⁵⁹⁸ e a abundancia das distintos tipos de pensións⁵⁹⁹ dunha terceira idade xubilada abundante.

Demografía: dispersión e idade elevada.

No século XXI Galicia ten unha poboación de arredor tres millóns de habitantes. A poboación en Galicia en 1857 era de 1.776.879 habitantes, cun 11,49% sobre o total español. Durante todo o século XX a poboación total galega creceu en números absolutos ata chegar aos 2, 772, 533 habitantes no ano 2007, pero descendeu considerablemente en proporción ao total español ata representar unicamente o 6,13% nese mesmo ano 2007⁶⁰⁰. A distribución desta poboación por sexos é máis ou menos equilibrada como a do resto dos países da Unión Europea, pero non é así na súa distribución por idades. No ano 2007 por cada 100 persoas menores de vinte anos había en Galicia 135 maiores de 65⁶⁰¹., maioritariamente nas provincias de Lugo e Ourense⁶⁰². En España a poboación de 65 ou máis anos representa un 16,7% do total mentres que en Galicia este colectivo supera o 20%⁶⁰³, cun maior número de defuncións por nacemento que o resto de España.

591 Villares 1982.

592 O catastro galego recolle 12,200 parcelas dunha extensión media de 2500 metros cadrados, fonte IGE 2008.

593 Beiras 1995 (1972) definiu dende un punto de vista nacionalista o “atraso económico” comparativo de Galicia fronte a outras zonas do territorio español. Murado (2008: 135-150) revisa maxistralmente este tópico, ou mito.

594 López-Facal-Soto 1982; López Martínez 2001, Barral 1975.

595 Nun informe sobre o PIB de Galicia no ano 2002, o Ministerio de Industria describe a produción industrial galega: “Das 165.728 empresas da Comunidade Autónoma de Galicia, 165.599 son PYME (0 a 249 asalariados), o que supón o 99,92% do total das empresas desta comunidade autónoma. O 94,78% son microempresas (0 a 9 asalariados) e o 50,68% empresas sen asalariados... O 45,89% das empresas galegas exercen a actividade no sector dos servizos, o 31,52% no do comercio, o 13,63% no da construción e o 8,95% restante no da industria. A maior diferenza con relación a España prodúcese nos sectores da construción e do comercio. En estes sectores as porcentaxes desta comunidade son ostensiblemente superiores á media nacional” www.ipyme.org/IPYME/. Véxase tamén IDEGA 1995.

596 Con toda a problemática asociada á reconversión industrial dos anos 80 e 90.

597 As cifras varían segundo as fontes: un 3,7 segundo o INE e un 4,0 segundo o IGE; ambas as dúas cifras para 2007. Un 3,2 con respecto á Unión Europea (IGE 2008).

598 Martínez Veiga 1989.

599 Pensións non contributivas, subsidios agrícolas, subsidios de retorno a emigrantes, pensións de xubilación dos países de emigración e un longo e complexo etcétera.

600 Fontes: páxinas web INE e IGE.

601 Como todos os datos seleccionados nesta descrición de Galicia, este dato sobre a idade avanzada da poboación é moi importante para entender a estrutura das familias de Pérgola: predominan nela as persoas maiores a cargo de EMG.

602 IGE datos 2008. Un exemplo extremo na provincia de Lugo podería ser o Municipio de Navia de Suarna na bisbarra dos Ancares. En 2007 hai un par de enterros e varios funerais cada semana, pero un só nacemento empadroado no Concello a longo de todo o ano.

603 INE 2008.

Casa e Parroquia: minifundio e inmigración.

A unidade social tradicional foi en Galicia a Casa familiar⁶⁰⁴, asociada a labores agrícola-gandeiras con outras casas en vínculos de parentesco no mesmo territorio, na mesma parroquia, aldea, lugar ou bisbarra⁶⁰⁵. As aldeas ou agrupamentos de casas dispérsanse por toda a xeografía sen apenas deixar territorio desocupado⁶⁰⁶, sendo a casa e a parroquia as unidades de identificación dos galegos tanto nas zonas rurais coma nas familias máis urbanas. Estas últimas con vínculos familiares máis ou menos próximos segundo as xeracións e a casuística particular.

As familias posúen e cultivan xeralmente “minifundios”: pequenas parcelas herdadas de terra que se cultivan como hortos sen unha agricultura industrial organizada. Os “expertos”⁶⁰⁷ atribuílles tradicionalmente ao minifundio e a xestión administrativo colonial da rexión, un dos caracteres predominantes na poboación galega: a emigración dende o século XVIII. A emigración de ultramar foi alta ata principios do século XX e entre 1920 e 1935, mentres que tras a Segunda Guerra Mundial redirixiuse aos países industrializados de Europa: principalmente a Alemaña, a Suíza e a Francia; pero tamén ás áreas españolas de Madrid, o País Vasco, Cataluña. Dende 1986 moitos emigrantes saen cara ás illas Canarias e os EE.UU.; con cambios periódicos de destino en función da demanda de man de obra e os contactos existentes. Pouco a pouco este ciclo foise facendo máis complexo, primeiro, coa chegada de inmigrantes legais e ilegais á Comunidade Galega procedentes de Portugal, do Magreb, de Latinoamérica e de Europa do Este⁶⁰⁸. E en segundo lugar, a complexidade deste fenómeno da emigración aumentou como consecuencia do regreso de moitos emigrantes con pensións dos países onde traballaron⁶⁰⁹. Como resultado, a poboación galega⁶¹⁰, que as tendencias da demografía moderna⁶¹¹ levarían a un natural envellecemento en coherencia con outras poboacións europeas, especialmente a poboación rural, está aínda máis envellecida.

Cultura, Lingua e Relixión: historia social.

A lingua específica da Comunidade Autónoma, o galego, xorde historicamente ao tempo que tódalas linguas romances europeas⁶¹². A súa orixe atópase no latín, cunha grande afinidade co Portugués. O galego portugués evolucionou dende un Reino autónomo cara ao absolutismo tipicamente europeo dos Reis Católicos. Co dominio político administrativo do Reino de Castela, o castelán pasou a ser a lingua oficial da nobreza e o galego conservouse como lingua materna predominantemente en zonas rurais. A ditadura de Franco (1939-1975) perseguíu a lingua galega mentres que o galego continuaba sendo a

604 A casa, o lugar ou aldea, a parroquia, o municipio e finalmente a bisbarra serían as unidades de referencia de menor a maior na que se adoita dividila paisaxe en Galicia; Fernández de Rota 1984, 2008; Fernández Rocha 2000, Lorenzo Fernández 1982, Moreno 2004; Lisón 1983.

605 Territorios definidos socialmente, véxase: Fernández de Rota 1982, 1987; Frigolé 1990; Mariño Ferro 2000.

606 A dispersión xeográfica en Galicia fai difícil diferenciar entre rural e urbano, pois na ocupación do territorio apenas existe diferenza salvo a nivel administrativo, predominando a continuidade entre un asentamento e o inmediatamente lindante. Galicia conta con 30.000 lugares ou núcleos de poboación de tamaño diverso cuns 1,200 deshabitados (datos do 2007 segundo o IGE)

607 Beiras 1995 (1972); Paz Andrade 1970; Murado 2008; Villares 1982.

608 O Instituto de Estadística Español reconece un entre un 3,9 e un 6, 4% de estranxeiros en Galicia en 2007 (www.ine.es), fronte arredor do 9% a nivel español. Galicia conta o 6,13% da poboación de España (datos do INE e do IGE). Os datos sobre inmigración en España varían segundo as fontes, mostrando a complexidade do sistema social actual, e a dificultade para observarse a si mesmo.

609 Os países de acollida de emigrantes como Suíza favoreceron o retorno dos seus traballadores estranxeiros, mentres que en países de Latinoamérica con menos recursos económicos foi o propio goberno galego o que potenciou o retorno de galegos na diáspora (coa creación, entre outras institucións, dunha fundación para a emigración (www.fundaciongaliciaemigracion.es).

610 Beiras-López 1995.

611 A definición dunha demografía en ciclo moderno é un concepto claro en xeografía humana: Weeks 1984; Echevarría 1995.

612 O documento máis antigo en galego data de 1228: O foro de Castro Caldelas. Véxase para unha historia da lingua galega: Álvarez-Fernández 2004; Monteagudo 1999; Mariño Paz 1999.

lingua materna da maioría da poboación rural e cun menor predomino entre os habitantes urbanos no seu uso público e administrativo. Despois de 1975 e ata hoxe, o galego e o español son idiomas *oficiais* na Comunidade Autónoma de Galicia dende 1981. O *Estatuto de Autonomía* de 1981 recoñece a co-titularidade dos dous idiomas en condicións de igualdade legal, establecéndose en leis sucesivas unha coeducación en ambas as dúas linguas. No século XXI os dous idiomas atopanse *legalmente* en igualdade de condicións, se ben depende da opción política a valoración que se faga sobre o seu uso social, as reivindicacións políticas sobre a súa protección e, por suposto, o seu futuro⁶¹³

Tradicionalmente o catolicismo romano cristián foi a crenza relixiosa principal en Galicia, manténdose na actualidade⁶¹⁴. A iso contribuíron, como no resto de Europa, a clara alianza do poder político co relixioso na Roma papal dende a Idade Media e na constitución dos estados nacionais tras o Renacemento. En España, a diferenza de Europa, a nivel relixioso, uniuse un elemento histórico político máis: a ditadura de Franco. O réxime fascista de Franco auto-definíase como *Nacional* (español) Catolicismo, perseguindo toda forma relixiosa diferente á oficial. En Galicia a relixión oficial recoñecida nas enquisas polos seus habitantes segue sendo hoxe en día o Catolicismo Romano⁶¹⁵, cunha grande influencia sobre as formas populares de relixiosidade, relevantes para a denominada Medicina Popular Galega⁶¹⁶ e o tratamento tradicional do que hoxe denominariamos enfermidades mentais graves como veremos máis adiante. Dende 1975 a liberdade relixiosa recoñecida na Constitución de 1978 permitiu a aparición doutros cultos e relixións sen necesidade de ocultarse, pero o Catolicismo Romano segue sendo a relixión *socialmente* maioritaria.

Datos económicos II.

Na Galicia tradicional predominou a agricultura de subsistencia, sen un cultivo agrícola intensivo⁶¹⁷. O paso do sector agrícola⁶¹⁸ a formas industriais e intensivas de cultivo non se deu en Galicia nunca por completo, ou está en desenvolvemento cun claro predominio da gandaría en competencia cos restantes países da Comunidade Europea⁶¹⁹. Galicia conta cun sector pesquero tradicional forte⁶²⁰, pero en crise permanente pola competencia e as cotas fixadas dende a Comunidade Europea. A industrialización⁶²¹ concentrouse en Galicia arredor dos seus catro núcleos costeiros urbanos: Ferrol, Coruña, Pontevedra e Vigo. O sector dos servizos en Galicia está, como en todas as economías de escala⁶²² modernas, en expansión, sendo a administración pública, o turismo e a hostalaría os seus elementos principais⁶²³. A capital galega, Santiago, non foi nunca un centro industrial, especializándose do mesmo modo que

613 O *Conselo da Cultura Galega* (2003) ten informes sociolingüísticos onde se afirma unha normalización relativa do galego, cunha perda progresiva dende a infancia ata a idade adulta de falantes habituais do galego. A obra xa citada de Murado (2008) fai unha revisión superficial pero suxerente desta situación.

614 A socioloxía da relixión en Galicia foi, como moitos outros campos, extremadamente descoidada. Véase o artigo de Juan Luis Pintos na obra colectiva sobre esa temática de Vázquez Varela 1993 e Murillo 1983: 699. O resto da bibliografía existente está elaborada dende perspectivas católicas, sirvan de exemplo as publicacións de Torres Queiruga (A revista *Grial* ou Torres Queiruga 1974).

615 Vázquez Varela 1993; Murillo 1983: 699.

616 Véxase a análise que desta fai Mariño Ferro en calquera das súas obras citadas na bibliografía, especialmente Mariño Ferro 1985-1986. Ou calquera das lecturas dende a antropoloxía cultural que se fixeron de Galicia citadas na bibliografía final.

617 Casal Vila 1984; Julía 1993.

618 Redondeando un 13% declarado da poboación activa, IGE 2008; INE 2008.

619 A pelexa e venda de cotas de leite é un bo exemplo diso, véxase como unha visión completa pero irónica desta problemática: Rodríguez García 2000.

620 Consello Económico e Social de Galicia 2002.

621 Un 19% da poboación activa: IGE 2008; INE 2008.

622 Mochón 2000; O'Sullivan-Sherffrin 2007.

623 Un 56% da poboación activa: IGE 2008; INE 2008.

outras capitais comarcais galegas, en servizos⁶²⁴. Pero Santiago de Compostela pasou a ser ademais o capital administrativo da Comunidade Autónoma, co Parlamento e a sede da maior parte das dependencias do Goberno autónomo: a Xunta.

Oleiros en Galicia: unha bisbarra costeira e interior.

A bisbarra na que Pégola ten os seus usuarios, Oleiros, está situada na costa galega con cinco núcleos urbanos relativamente grandes con máis de 10,000 habitantes cada un, e outros cinco núcleos con menos poboación. Arredor destas concentracións urbanas Oleiros ten unha poboación total duns 130,000 habitantes. A poboación está diseminada por un territorio de 710 quilómetros cadrados, cunha densidade duns 180 habitantes por quilómetro cadrado⁶²⁵. Oleiros esténdese sobre dúas rías galegas, con dúas serras montañosas paralelas á costa⁶²⁶. A poboación vive maioritariamente de cara ao mar, pero con lugares, aldeas e parroquias tamén no interior, vivindo relativamente illadas sobre as dúas lombas das serras. Existen estradas paralelas á liña costeira nas faldas das serras, pero Oleiros conta tamén cunha rede complexa de camiños asfaltados, cos que se unen as casas dispersas por toda a xeografía. Esta rede conecta con Santiago de Compostela tras superar os montes paralelos ao mar. A bisbarra conta co autobús como única forma de transporte público, con servizos polas estradas costeiras conectando os principais núcleos urbanos con certa periodicidade⁶²⁷. Salvo nestes núcleos urbanos os habitantes de Oleiros residen en casas unifamiliares cunha horta e en moitos casos algún animal (galiñas, coellos e cada vez con menos frecuencia porcos ou cuchos). As familias nestas casas adoitan ser extensas⁶²⁸, con dúas xeracións convivindo baixo o mesmo teito. Economicamente Oleiros viviu tradicionalmente da pesca e o marisqueo, e por suposto a emigración. Nesta bisbarra os lugares de destino da emigración variaron ao longo de tempo como xa indicabamos ao referirnos a Galicia en xeral, pero tamén variaron en función dos contactos de cada casa. As casas familiares contaban con terras para o cultivo de subsistencia mentres os varóns traballaban na pesca de baixura⁶²⁹, ou embarcados na mariña mercante con prolongadas estancias fóra da casa. Hoxe en día o turismo, co aluguer de pisos e casas, e a hostalaría no sector informal e “familiar”⁶³⁰ da economía, engádense ás pensións de retorno da emigración, as pensións dos maiores da casa e as subvencións pola “reconversión”⁶³¹ do sector pesqueiro como fontes de ingreso de cada Casa familiar. Ademais de Esteiro⁶³² os usuarios da Pégola proveñen dos lugares, parroquias, municipios dispersos pola xeografía de Oleiros.

624 Na Galicia tradicional tiñan que acudir á capital comarcal para visitarse polo médico especialista. Hoxe en día Santiago segue sendo o centro de referencia médico para toda a bisbarra, incluíndo Oleiros.

625 IGE 2008.

626 Unha altitude máxima duns 700 metros.

627 Algunhas nais de usuarios de Pégola usan este servizo para acudir ás reunións mensuais da escola de familias. Sáen unha media de dous ou tres horas antes para poder chegar ata Esteiro.

628 Avós donos xeralmente da casa con algún ou algúns dos seus fillos, en moitas ocasións unha das fillas, casados cos seus cónxuxes e fillos convivindo, véxase: Segalen 1992; Flandrin 1979; Prat-Martínez 1991; Proxecto Galicia editorial Hércules 1997.

629 Fernández de Rota 1996; López Otero 2003; Calo Lourido 1978, 1996; Galván Tudela 1989, 1990, 1999.

630 É típico na zona alugar un piso herdado, ou a parte de abaixo da casa durante os meses de verán por prezos moi elevados. Ao mesmo tempo os mozos da casa traballan sen contrato como camareiros ou coidando nenos dos veraneantes mentres os pais están temporalmente no desemprego e cobran o subsidio por un contrato de fin de obra na mesma empresa na que traballan dende hai anos. Reciben tamén unha pequena pensión do país onde emigraron de mozos do que regresaron con diñeiro abondo para construírse unha casa. Os avós reciben a súa pensión de xubilación: agrícola ou do réxime normal da seguridade social. Todos axudan no cultivo da horta, ou o coidado das galiñas. Os datos económicos oficiais dificilmente coinciden cos da complexidade social imperante.

631 Ademais das subvencións ante as negociacións por cotas de pesca do sector pesqueiro na Unión Europea deben engadirse as axudas polo afundimento do *Prestige*.

632 Nome de novo ficticio pero repetido ao longo de toda a xeografía galega.

A vila⁶³³ onde desenvolve a súa actividade Pégola, Esteiro, sitúase no centro da bisbarra de Oleiros. Tradicionalmente, como a maior parte das vilas galegas, Esteiro era a capital comarcal debido ao comercio, cun mercado periódico de mercadorías e gañado. Os habitantes dispersos polo territorio baixaban ata Esteiro ao mercado, ou a realizar todo tipo de xestións: ir á escola, ao médico, ao instituto, ao concello, a sacar o carné de conducir, a coller o bus para Santiago, etc. As vilas galegas centralizaron tradicionalmente a maior parte das actividades das súas bisbarras, Esteiro non é unha excepción. Hoxe en día a súa actividade económica céntrase en dous elementos. Primeiro, o sector servizos, co mercado dúas veces cada semanal, hoxe sen gando, como punto de intercambio e comunicación. O segundo sector fundamental da economía de Esteiro é o marisqueo, a desembocadura do río xera un estuario rico para o cultivo de bivalvos. Este marisqueo é tradicionalmente desempeñado polas mulleres das casas, hoxe en día “organizado” en confrarías que intentan regulalo.

633 Fernández de Rota ten unha serie de estudos, tese, artigos e monografías sobre distintas vilas galegas da provincia de A Coruña, véxase a última recompilación de artigos que coordina sobre esta temática: Fernández de Rota 2008.

Complexidade político territorial.

4

Existen, polo menos, cinco sistemas de administración político *formal* superpostos en Galicia. Primeiro, os municipios cunha distribución complexa debido á dispersión espacial da poboación galega sobre o territorio. Segundo, as deputacións provinciais. En terceiro lugar, a administración da Comunidade Autónoma de Galicia, A Xunta de Galicia. En cuarto lugar, os sistemas burocráticos do Estado español. Finalmente, todo o complexo mundo da xestión da Unión Europea. Cada un deles ten presenza en Galicia a través de leis, subvencións, subsidios, dispensarios, consultorios, hospitais e recursos de diferentes tipos relacionados coa EMG. A estes cinco niveis habería que engadir algúns máis, importantes como recursos dispoñibles para encarar a presenza dunha EMG. Habería que engadir a esta rede xa de por se complexa a presenza de pensións, subsidios e recursos dependentes doutros países debido á emigración dos galegos. Así moitas das pensións dos familiares de EMG proveñen de Suíza, EEUU ou Arxentina. Cada un destas redes burocráticas ofrece recursos e dispositivos legais que afectan á forma de enfrontarse á EMG.

En cada territorio dos sinalados superpóñense polo menos tres organizacións, máis ou menos *informais*. En primeiro lugar, os lugares e casas, con núcleos de poboación organizados en forma de redes de veciños (en Oleiros con confrarías de pescadores e mariscadoras cos seus subsidios e redes de axuda propias). En segundo lugar, a organización relixiosa das Parroquias. Como se verá esta rede relixiosa xogou un papel esencial no sistema social de beneficencia no século XIX, pervivindo entre os nosos entrevistados. Finalmente, debemos de ter en conta os partidos xudiciais, o territorio dos cales adoita incluír varios municipios sen coincidir inicialmente coas bisbarras galegas. Estes tres sistemas sociais non coinciden sempre en Galicia cos cinco primeiros sinalados.

Se temos en conta esta complexa rede de institucións político territoriais, coa súa historia, permanencia e implantación entre os galegos terase unha imaxe complexa da rede de dispositivos aos que unha persoa afectada directa ou indirectamente pola aparición dunha EMG pode acudir. Seleccionar só un elemento desa rede para describir a complexidade é por suposto unha simplificación necesaria, pero dende logo unha simplificación.

Con estes datos sobre Galicia e a bisbarra de Oleiros fixemos unha primeira incursión preliminar, fáltanos agora situarnos na historia da asistencia especificamente psiquiátrica en Galicia ata 1992. Comezamos por esta temática porque é contexto dende o cal as redes de asistencia psiquiátrica adquiren sentido na comunicación social. Deberemos retroceder no tempo da man dunha escritora, Concepción Areal, de arquivos bibliográficos e de retallos de varias entrevistas para situarnos na complexidade administrativa do tratamento da EM en Galicia.

Capítulo 5. Psiquiatría e 5 Beneficencia⁶³⁴: 1885.

A Historia da asistencia á EMG en Galicia pase inevitablemente por Conxo. O 1 de xullo de 1885 inaugúrase o Manicomio de Conxo⁶³⁵ aos arredores da cidade de Santiago de Compostela⁶³⁶. O obispado compostelano asina concordatos cinco anos despois, en 1890⁶³⁷, coas Deputacións provinciais “para dar atención e custodia aos enfermos



Ilustración7 Entrada Conxo



Ilustración8 Lateral Conxo

mentais de Galicia e León”⁶³⁸. Ata mediados do século XX Conxo será o único Manicomio “público” de Galicia.

Psiquiatría e medicina antes de 1885.

Cada Concello xestionaba, elixía e contrataba un Médico de Beneficencia na denominada Asistencia Pública Domiciliaria (APD). O médico uníase ao Farmacéutico e ao Veterinario municipal. O galeno tiña como responsabilidade principal a “prevención”. As receitas médicas e a atención clínica de quen non podía pagar corrían a cargo do Concello e das Deputacións como comunidades de concellos de cada provincia. En cada parroquia, lugar ou vila acudíase aos párrocos ou ao alcalde, estes escribían un informe que daba acceso á Beneficencia. Obtíñase entón a Cartilla de Beneficencia⁶³⁹.

En cada provincia as deputacións tiñan a súa lista de pobres. Era un padrón municipal das persoas incluídas na Beneficencia. Cada Cartilla daba acceso ao tratamento médico nos Hospitais Provinciais (nos núcleos urbanos).

Os Manicomios de internamento para tolos comezaran a xurdir en Europa dende o século XV⁶⁴⁰, sempre ao amparo dalgunha orde relixiosa e coa protección do poder político do momento. As casas reais a través dos seus xestores locais. En Valencia xorde o primeiro Manicomio en 1409. Pronto proliferan por toda España⁶⁴¹ e Europa⁶⁴².

En Galicia os “tolos” eran “oficialmente” enviados a estes primeiros manicomios da Península Ibérica. Aínda que os datos oficiais sobre estes traslados son insuficientes indican que eran poucos os

⁶³⁴ Maza 1999.

⁶³⁵ Construído sobre a antiga Igrexa de Santa María de Conxo onde no ano 1129 edificouse o Mosteiro de monxas beneditinas. En 1502 a propiedade pasa aos Frades Mercedarios que lla ceden á Mitra Compostelana.

⁶³⁶ O Concello de Conxo deixou de ser independente en 1925 para incorporarse a Santiago de Compostela.

⁶³⁷ Lordá-González 2002: 1.

⁶³⁸ Lordá-González 2002: 1. Tamén: http://chusantiago.sergas.es/asp_acc/gral_psiquiatrico.asp?op=gral

⁶³⁹ Maza 1999 recolle as ordes anteriores a finais do século XIX, podese ler un listado destas na bibliografía xurídica ao final desta tese.

⁶⁴⁰ Historia da psiquiatría: Shorter 1997; Porter 1989, Álvarez Uría 1983; Dörner 1974; González 1977, 1978.

⁶⁴¹ Barcelona 1412, Zaragoza 1425, Sevilla 1436, Toledo 1483, Valladolid 1489, Granada 1525; González 1977: 45.

⁶⁴² Foucault (1985) defende a tese de que esta aparición coincide cunha nova forma de organización, que designa como *episteme* clásica. Coincide co denominado en Socioloxía como primeiro capitalismo ou a aparición da diferenciación funcional da sociedade como xa vimos.

tolos galegos enviados a estes establecementos⁶⁴³. En 1797 había en listas oficiais 38 tolos do “Reino de Galicia” acollidos en Manicomios españois. En 1847, en institucións en territorio galego, existen datos de 41 tolos acollidos en tres Hospitais de A Coruña e Santiago, e outros 3 en tres cárceres de Ferrol e Ourense⁶⁴⁴. Xa en 1860 os rexistros oficiais cifran en 37 os dementes acollidos con pagamentos procedentes das deputacións galegas no Manicomio de Valladolid.

A partir destas datas os denominados Dementes comezan a acumularse, di a literatura da época⁶⁴⁵, nestes Hospitais Provinciais remitidos polos médicos da APD.

Real Decreto de Dementes: 1885.

O procedemento para o ingreso dun “Demente” nun Manicomio do século XIX segue a semántica do sistema social galego do momento. O procedemento debe cumprir estritamente” un Real Decreto de 1885⁶⁴⁶ sobre a *Observación e Internamento de Dementes*. Este establece por primeira vez a necesidade dun vixilancia médica se o encerro se producía en Casas particulares⁶⁴⁷. Obrigaba ás Deputacións a habilitar locais en cada provincia, as denominadas “Celas ou Departamentos de Observación”. En Europa comezaran a xurdir lexislacións similares, imitándose agora en España.

Segundo este Decreto nos “Departamentos ou Celas de Observación” examinábase o estado do



Ilustración9 Comedor de primeira Conxo.

Demente durante un máximo de seis meses. Como consecuencia do Decreto de 1885 reorganízanse os Hospitais existentes para incluír na Beneficencia Provincial “Celas de Observación”. Cada unha dependente en Galicia das Deputacións de Ourense, Coruña, Pontevedra e Lugo.

Pero o Decreto introduce ademais un cambio e unha obriga nova para os concellos e polo tanto para as Deputacións. Tras este período de investigación médica debíanse transferir os Dementes a un Manicomio para “a súa reclusión definitiva”. O cambio está na creación da figura institucional do Manicomio. A novidade, no seu financiamento a través das mancomunidades de municipios.

A práctica que instaurouse non cumpría sempre cos prazos establecidos polo Decreto. A estanza nestas Celas superou na práctica o máximo sinalado, chegando nalgúns casos a permanecer 549 días⁶⁴⁸. A súa existencia como Departamentos de Observación médica previos ao Manicomio non deixou de ser legalmente obrigatoria ata a Segunda República cunha nova lei en 1931.

O Bispado Santiagués crea o Manicomio de Conxo, pero non constrúeo ningunha das Deputacións legalmente responsables do coidado dos Dementes. A Mitra santiaguesa dirixe o Manicomio cunha orde relixiosa encargada do coidado dos Dementes. Estaban divididos en dúas categorías. Os “de pagamento” e os “de Beneficencia”. En ambos os dous casos a familia ou responsables do Demente debían solicitar o

⁶⁴³ Emilio González (1977: 57 e ss.) afirma baseándose neste dato que se debía á “tolerancia cultural” dos tolos na “cultura tradicional galega”.

⁶⁴⁴ Espinosa 1960: 169-171, citado en González 1977: 57.

⁶⁴⁵ Véxase máis adiante apartado sobre Concepción Arenal.

⁶⁴⁶ Véxase bibliografía de lexislación ordenada historicamente.

⁶⁴⁷ En concordancia co que sucedía en Europa, véxase Foucault 1985, Castel 1980, Dörner 1974 ou Porter 1989.

⁶⁴⁸ Lordá-González 2002: 3.

ingreso nos Concellos, xeralmente tras a “mediación” do sacerdote católico da parroquia ou do señor propietario das terras do Lugar. Os ingresos económicos do Manicomio proviñan dende a súa fundación de tres fontes: os fondos do propio Bispado e a orde relixiosa en primeiro lugar. En segundo lugar, as contribucións das Deputacións provinciais coas que a Mitra asina acordos dende **1890**. Finalmente, a “doazóns” de particulares para cubrir os gastos dos seus Dementes ou doazóns.

Concepción Arenal (1820-1893)⁶⁴⁹: Conciencia da Beneficencia.

“A casa de tolos de Zaragoza é un ataque permanente á humanidade, a xustiza, o pudor, a todo aquilo respectado polos que non son dignos de desprezo. E a esa casa mandan tolos doutras provincias, que pagan as estancias, ignorando, sen dúbida, que aos que perderon a razón mellor lles iría se perdesen a vida”⁶⁵⁰.

“Odia o delito e compadece o delincente” é unha boa frase de Concepción Arenal para resumir a semántica coa que a Beneficencia do Século XIX nutre o tratamento dos dementes. Arenal traballou en Galicia como visitadora de Cárceres e centros de acollida de mulleres. A Beneficencia é entendida como unha obriga moral da sociedade xustificada dentro da educación católica. O escándalo é asumido pola Caridade e a Beneficencia en toda Europa. De aí que o Decreto de 1885 atope perfecta expresión na construción de Conxo nun Mosteiro católico primeiro, e despois, no financiamento por parte dos notables da cidade⁶⁵¹

Primeira Reforma (1908-1924), Ditadura Primo Rivera (1923-1930) e Segunda República (1930-1936). Conflito en Conxo.

En **1908** aparece unha nova Orde lexislativa reformando o procedemento de ingreso nos Manicomios coa intención de diminuír os períodos de estancias nas Celas de Observación. Entre **1913** e **1924** iníciase en Cataluña unha Reforma da Beneficencia de Dementes paralizada durante os anos da ditadura de Primo de Rivera entre 1924 e 1930. O goberno do Ditador aumentou o tamaño dos Manicomios non aplicando as normativas anteriores e paralizando de feito a reforma catalá⁶⁵². O Manicomio de Conxo cambia nesta década a súa denominación, pasando a chamarse oficialmente *Sanatorio Psiquiátrico de Conxo*.

A Mitra compostelana ampla dende case a súa fundación as instalacións do Sanatorio. Todas estas ampliacións do Manicomio realizáronse con “prestamos” de capital privado santiagués. Proporcionaron capital para converterse en socios do Bispado⁶⁵³. Principalmente o Banco Simeón e varias familias santiaguesas. Repartíanse así os beneficios producidos polo Manicomio: a principios do século XX uns vinte mil pesos anuais, pero en 1969 un millón de pesetas mensuais⁶⁵⁴. Houbo reformas de ampliación en **1892**, **1893** rematándose as obras en **1903**⁶⁵⁵. Con estas contribucións económicas o Sanatorio pasa das 300 prazas iniciais a 600, para chegar a ter **1.575 camas** en **1975**. Co aumento de internados en

⁶⁴⁹ Sigo López Souto (2004), así como González 1977, Lorda-González 1992.

⁶⁵⁰ Arenal 1927: 34-36, citada en González 1977: 51-52

⁶⁵¹ Banco Simeon, Asociación de amigos do país, etc....

⁶⁵² González Fernández 1977, 1988, 2000; Lordá-González 1995, 1999, 2001, 2002; así como González Duro 1980, 1987, 1996, 2008.

⁶⁵³ Lordá-González 2002.

⁶⁵⁴ González 1977: 69.

⁶⁵⁵ González 1977: 69.

Conxo contrátanse ata 200 traballadores (en 1972) ademais dos relixiosos (son bedeis, coidadores, camareiros con diferentes procedencias, formación e arraigamento).

En **1931**, coa Segunda República, a Mancomunidad de Deputacións fai unha proposta de de comprar o Sanatorio de Conxo á Corporación católica santiaguesa. O presidente da Deputación de Pontevedra encarga un informe ao psiquiatra Gonzalo Rodríguez Lafora⁶⁵⁶. Tras visitalas instalacións e recoller distintas opinións Lafora elabora o seu Informe desaconsellando a compra do Sanatorio. Dado o estado das instalacións, especialmente pola necesidade de camas, Lafora aconsella a construción dun novo centro.

As Deputacións seguen necesitando máis camas para Dementes en Galicia. En **1933**⁶⁵⁷ o Goberno republicano inicia, baixo a dirección de entón Director xeral de Beneficencia (Emilio González López) as xestións para a construción deste novo establecemento psiquiátrico nuns terreos expropiados no Concello pontevedrés de A Garda.

En **1933**, en outubro, iníciase unha folga en Conxo. Os seus traballadores afiliados á CNT reclaman o cumprimento dos convenios asinados⁶⁵⁸. A Folga remata con detencións e a entrada no Sanatorio dos Gardas de Asalto. Conséguese melloras laborais e a contratación de novo persoal médico. Estas

condicións non variasen ata os anos setenta, tampouco o número de médicos contratados. Ese mesmo ano o proxecto dun novo Manicomio para Galicia apárcase debido á inminencia das eleccións e seguramente polos “problemas” suscitados pola Folga.



Ilustración10 Toén 1959.

1936-1975 A ditadura de Franco (1892-1975).

Nos primeiros anos da postguerra morren en Conxo 400 internos, reducíndose a súa poboación nun terzo. Os corenta anos seguintes de Franquismo supuxeron unha política psiquiátrica continuista nunha primeira etapa de autarquía económica tras a Guerra Civil, para ir introducindo algúns cambios dende finais dos cincuenta. Cambios non directamente deseñados para Conxo, senón produto doutras políticas sanitarias que indirectamente fixeron adaptarse ás institucións xa existentes. Hai varios acontecementos importantes na xestión pública das EMG en Galicia e a proliferación dunha “nova” psiquiatría privada que pasamos a sinalar.

O primeiro acontecemento é a apertura dun novo Manicomio en Lugo en **1953**. Trátase do primeiro Manicomio “público” en Galicia creado con fondos estatais pero cunha orde relixiosa xestionándoo. Este novo centro comeza acoillendo só a varóns, derivando a Conxo (ou nalgúns casos a León) tódolos casos de mulleres dependentes da Deputación.

En **1959** baixo o auspicio da PANAP (Padroado Nacional de Asistencia Psiquiátrica)⁶⁵⁹, creada en **1955**, ábrese un novo Sanatorio Psiquiátrico aos arredores de Ourense en Toén. Estará baixo a dirección

⁶⁵⁶ Lordá-González 2002: 5-6.

⁶⁵⁷ Lordá-González 2002: 5-6.

⁶⁵⁸ Lordá-González 2002: 5-6.

⁶⁵⁹ A PANAP existiu ata 1974

médica do psiquiatra Cabaleiro Goas ata 1977. Inicia o seu funcionamento con 150 camas para varóns, polo que as mulleres dementes de Ourense continuán sendo enviadas a Conxo. Toen acepta enfermos por acordos entre distintas deputacións españolas de toda a Península Ibérica.

Outro acontecemento durante o Franquismo é a unificación dos seguros laborais de cobertura médica. O *Seguro Obligatorio de Enfermidade* unifica nos anos 40 a cobertura sanitaria en dous réximes diferentes. Por un lado o *Réxime xeral* para a maior parte dos traballadores. Por outra parte o *Réxime especial* para os traballadores do Mar, os autónomos, o da agraria, as empregadas do fogar que foran creando as súas propias cotas e coberturas dende o Século XIX⁶⁶⁰. Este réxime especial será obviamente importancia en Galicia. Créase o *Instituto Nacional de Previsión* que asume tras a Guerra Civil ós médicos do sistema de Asistencia Pública Domiciliaria. Estes deixan de cobrar dos Concellos para pasar a depender do Ministerio da Gobernación franquista⁶⁶¹. Ao chegar a Seguridade social cada médico da APD recibe unha cota, comezando unha lenta creación de Ambulatorios.

Como vimos o sistema de Seguridade Social ten unha longa historia anterior ao Franquismo⁶⁶², pero entre 1963 e 1966 a Ditadura *unifica o control* dos distintos seguros médicos existentes cunha nova lexislación⁶⁶³ nacional. A psiquiatría non entra dentro da cobertura ofrecida, manténdose dentro da Beneficencia Provincial coas regulacións anteriores. Aparecen os médicos coa Seguridade social cunha cota de poboación asignada ás súas prazas. Como especialidades deste servizo público créanse prazas para Neuropsiquiatras. Os primeiros Ambulatorios da Seguridade Social constrúense nesta época nos centros urbanos primeiro. e nalgúns vilas galegas despois.

Polo tanto, nos anos sesenta e setenta unha persoa con problemas psiquiátricos persistentes tiña, dentro do sistema médico público, varias opcións perfectamente articuladas entre si. Primeiro, os neuropsiquiatras nos ambulatorios urbanos (Santiago para os usuarios de Pérgola). Os médicos de cupo da medicina xeral cobren a súa “poboación asignada” durante dúas horas de atención diaria e derivan ós neuropsiquiatras en núcleos urbanos aqueles casos que consideran “psiquiátricos”. Estes neuropsiquiatras⁶⁶⁴ derivaban, á súa vez, as EMG á Beneficencia cos seus informes engadidos aos dos párrocos ou dos concellos. En 1975 existían 26 neuropsiquiatras en Galicia, todos nos grandes núcleos urbanos (9 en Coruña, 9 en Pontevedra, 4 en Ourense e 4 en Lugo)⁶⁶⁵.

A segunda opción para un EMG era o ingreso directo nun dos Manicomios existentes: Lugo e Toén en Ourense para varóns, e maioritariamente Conxo para toda a “Rexión”⁶⁶⁶. Finalmente, seguían existindo as camas das “Celas de Observación” para Dementes en cada un dos Hospitais Provinciais de cada Deputación. Estes últimos situados nos grandes núcleos urbanos de poboación “tradicionais” en Galicia: Ferrol, Coruña, Santiago, Vigo, Pontevedra, Lugo e Ourense. Existían tamén camas en Hospitais privados como veremos nun momento.

⁶⁶⁰ Véxase apartado anterior.

⁶⁶¹ Este ministerio pagaba “mal” (González 1999: 38) co que os médicos eran “absentistas”.

⁶⁶² Véxase capítulo anterior sobre sistema médico.

⁶⁶³ 1963 Lei de Bases da seguridade social, 1966 Lei Xeral da Seguridade Social.

⁶⁶⁴ Entrevistas a Mauricio, cadernos de anotacións, Manuel (2: 10); Melchor (2: 17).

⁶⁶⁵ González-García 1978: 78.

⁶⁶⁶ Denominación da época para o territorio actual da Comunidade Autónoma.

Na hoxe Capital de Galicia, Santiago, existía ademais unha Consulta externa ao *Hospital Clínico Universitario* ligado á *Cátedra de Psiquiatría* (creada nos anos setenta). Por esta Cátedra pasaron varios psiquiatras sen permanecer máis de dous anos nela ata a toma de posesión de Antonio Rodríguez López. Nos anos setenta cinco catedráticos distintos tomaron posesión e marcharon⁶⁶⁷. Antonio Rodríguez conseguiu crear e manter unha Unidade de Hospitalización



Ilustración11 Paseo Conxo. Anos 70. Jimeno (2006).

Psiquiátrica nos **anos oitenta**. Primeiro no antigo edificio do Hospital no centro urbano. Despois, co traslado ás novas instalacións do CHUS (Complejo Hospitalario Universitario de Santiago) aos arredores da cidade, no Hospital Gil Casares.

No ano **1969** a Deputación Provincial de A Coruña compra Conxo ao Consorcio do Bispado de Santiago de Compostela. O Cardeal Quiroga Palacios vende Conxo por uns 50 millóns de pesetas que se reparten principalmente as familias capitalistas santiaguesas⁶⁶⁸. O número de internos sobe espectacularmente ata 1972, no que se inicia unha reforma de inspiración comunitaria e se inicia a “Transición psiquiátrica” Galicia. En **1974** suprímese o PANAP e para substituílo créase unha institución de curta duración: a Administración Institucional da Sanidade Nacional (AISNA).

A psiquiatría privada en Galicia.

Non se pode entender a complexidade da administración sanitaria galega sen a existencia da psiquiatría privada. Durante o século XIX os médicos de familia ocúpanse de tódolos asuntos cénicos que puidesen xurdir, incluídas as incidencias que hoxe denominaríamos psiquiátricas. No século XX comezan a aparecer Consultas privadas de tódalas especialidades ao tempo que xermolan os seguros con cotas dos traballadores.

A apertura de Sanatorios privados a partir dos anos corenta coincide coa difusión dos “novo psicofármacos”. Villamil abre o Sanatorio San José en Vigo con José Rubira Fariña en 1939. Cabaleiro Goás abre o *Sanatorio Psiquiátrico do Perpetuo Socorro* en Ourense en **1943**. Dende 1933 aparece en Santiago el *Sanatorio Neuropático Dr Lois Asorey* tras ser o seu director expulsado de Conxo ese mesmo ano da Folga. En 1975 sumaban un total de 12 os Sanatorios psiquiátricos privados (Coruña 2, Santiago 4, Vigo 3, Ourense 2, Ferrol 1)⁶⁶⁹.

Conflito en Conxo nos anos setenta 1972:- A nunca implantada psiquiatría de sector.

“...resulta aventurado manifestarse sobre a existencia ou non da enfermidade cando existe unha marxinación que impide velo problema con obxectividade. Penso que mentres non desapareza a marxinación, non se pode opinar sobre o que é e como é esta enfermidade”⁶⁷⁰.

⁶⁶⁷ Mauricio nas nosas charlas fala desta peregrinación di que foron: Bermejo, Obiols, García Salorio, Giner; sobre esta mesma temática como algo crave en historia da asistencia psiquiátrica en Galicia: Martín (1: 10 e ss.), Mónica (1: 3), Manuel (2: 15), e Máximo (1); ademais de González-García 1978: 89.

⁶⁶⁸ González 1977: 107.

⁶⁶⁹ González-García 1978: 84.

⁶⁷⁰ González 1977: 43.

Emilio González describe nesta cita a súa visión do conflito vivido en Conxo nos anos setenta⁶⁷¹. Nese mesmo libro expón o “tratamento psiquiátrico” en Conxo previo á “Reforma”. Unha das “melloras” a finais dos sesenta fora o abandono dos xergóns de palla por colchóns⁶⁷², e a utilización, “a discreción e sen reparos dos novos neurolépticos”⁶⁷³. Emilio González fai unha lista dos sistemas “individuais” dispoñibles na época para a súa utilización en Conxo. Con cada un Emilio explica o razoamento médico, indicando os mortos dos que foi testemuña con algúns deles:

“1. Castigos (malleiras, labazadas, patadas) 2. Illamento 3. Sangrías, fregas. 4. Medo: conmocións psicolóxicas (susto para sandar: inmersión súbita; con cadeira rotatoria de Darwin⁶⁷⁴, cura do noxo con vomitivos). 5. Camisas de forza, correaxes, manoplas 6. Baños e duchas (valor estimulante / sedante da auga). 7. Piroterapias: febres altas. 8. Abscesos de fixación (infeccións provocadas para controlar maniacos) 9. Insulina (coma inducida como tratamento) 10. Choques convulsivos: cardiazol e electroschoke 11. Psico cirurxía: lobotomías 12. Psicoterapia e 13. Psicofármacos: camisas de forza química”⁶⁷⁵.



Ilustración13 Dormitorio Conxo. Anos 70 Jimeno (2006)

En 1972 había en Conxo 1.575 internados, cuns douscentos traballadores⁶⁷⁶. Tres psiquiatras, incluídos o director, dedicaban unha hora e media contratada ao “tratamento” da área que lles correspondía (homes, mulleres). Había outros sete médicos, non psiquiatras, de diferentes especialidades contratados con xornadas dunha a catro horas diarias (o cirurxián, e máis o dentista). Dous médicos, eventuais xeralmente, facían as “gardas”, pasando un deles cada noite no Sanatorio. Os internos estaban divididos en tres clases segundo a contía achegada ao Sanatorio. Os de primeira clase e segunda clase vivían e alimentábanse independentemente dos das tres clases inferiores. As achegas económicas para os gastos destes últimos proviñan da Beneficencia provincial, mentres que as clases superiores adoitaban vir de pagamentos das familias, en moitos casos engadidos aos da caridade dos concellos⁶⁷⁷. As primeiras clases tiñan asignados os seus propios coidadores, mentres que as clases inferiores tiñan un “gardián” cada cen ingresados⁶⁷⁸.



Ilustración12 Patio Conxo, Anos 70 Jimeno (2006)

Hernández Cochón⁶⁷⁹ foi Xefe de Sanidade da Provincia de A Coruña co Franquismo dende 1967, e logo *Conselleiro de Sanidade* con Fraga. Cochón “apadriña” ao psiquiatra José Luis Montoya Rico⁶⁸⁰.

⁶⁷¹ A pobreza e o esquecemento da especificidade cultural do tolo galego son as causas apuntadas por este psiquiatra (González 1977).

⁶⁷² Manuel 2: 8.

⁶⁷³ Manuel 2, 5.

⁶⁷⁴ O avó de Darwin propuxo unha cadeira na que o paciente xiraba boca abaixo atado para conducir todo o sangue ao cerebro.

⁶⁷⁵ González 1977: 33-37.

⁶⁷⁶ González 1977: 73 e ss.

⁶⁷⁷ González 1977: 85-6.

⁶⁷⁸ As condicións de amoreamento, miseria, malos tratos, discriminación de xénero, cultural e por capacidades intelectuais están *unanimemente* descritas na literatura citada (en concordancia con descrições doutros sitios de Europa tamén xa citados).

⁶⁷⁹ Foi *Conselleiro de Sanidade* primeiro entre 1982-1983 e 1986-1987, e con Fraga *Conselleiro de Sanidade e Seguridade Social* entre 1996-2004.

⁶⁸⁰ Véxase apuntamentos biográficos en apéndices (Xestores).

Montoya⁶⁸¹, a **principios dos anos setenta** viña dun intento de “reformatar”, con inspiración comunitaria, a asistencia a EMG en Asturias⁶⁸². Montoya é contratado como Xerente pola Deputación presidida por José Ángel Porto Anido⁶⁸³. Á súa chegada a Santiago inicia a reestruturación de Conxo: “*Non ladrillos se non servizos, é o que hai que crear*”⁶⁸⁴ afirmaba naquela época un psiquiatra do Sanatorio.

Conxo albergaba entón preto de 1.600 internos cunhas instalacións axeitadas para uns 300⁶⁸⁵. O Sanatorio contrata a partir de 1972 novo persoal médico e intenta formar en psiquiatría aos celadores, coidadores ou camareiros. Entre 1972 e ata 1975 uns 400 internos son recolocados fóra de Conxo (familias, asilos,...)⁶⁸⁶. Creáronse ademais tres “**Dispensarios de Saúde Mental**” asociados a tres áreas xeográficas diferentes: Ferrol, Coruña e Santiago. A provincia de A Coruña na súa totalidade dividíase “dependendo administrativamente” do Hospital de Conxo. Do mesmo xeito planifícase unha división no resto de Galicia. Neses mesmos anos dende o psiquiátrico de Toén ábreanse tamén Dispensarios de inspiración comunitaria en Verín, Ribadavia, Carballino...⁶⁸⁷ sen unha continuidade clara posterior.

A finais de **1974** comezan a aparecer artigos na prensa local santiaguesa denunciandolas “condicións morais” dos internados⁶⁸⁸. A substitución do presidente da Deputación por Rodríguez Madero marca o final desta Reforma. Despídese a maior parte do persoal contratado, reestrutúrase a organización interna deixando de lado os xefes de servizo e colocando un director médico novo. Paralízanse tódolos movementos iniciados dende 1972⁶⁸⁹.

1975-1982: A “Transición” psiquiátrica⁶⁹⁰.

Trala morte de Franco apróbase a Constitución Española en **1978** e créase a Administración da Comunidade Autónoma de Galicia. Entre **1977 e 1981**, coa aprobación do *Estatuto de Autonomía*, sucédense dous presidentes⁶⁹¹ dunha Xunta Preautonómica elixidos polo Partido no poder central en España, o denominado Unión de Centro Democrático. Co *Estatuto de Autonomía* en 1981 nacen progresivamente a *Xunta de Galicia* co seu Parlamento, a súa Administración e a súa Presidencia. Entre **1982 e 1989** sucédense dous gobernos autonómicos, primeiro un da daquela Alianza Popular con X. Fernández Albor (1982-1987) á fronte ata 1987. Tras unha moción de censura cun tráfuga do seu propio partido, F.I. González Laxe, do Partido Socialista Obreiro Español, entón xa no poder en Madrid, goberna Galicia durante dous anos (1987-1989).

⁶⁸¹ Aparicio 20058, Jimeno 2006.

⁶⁸² Díaz Plaja 1971, Díaz de Espada 1972; García González 1978. González 1977: 109.

⁶⁸³ Estivo como presidente da Deputación, tras selo Alcalde de A Coruña, entre outros cargos durante o Franquismo, ata 1974.

⁶⁸⁴ Jimeno Valdés 2006.

⁶⁸⁵ González-García 1978: 59.

⁶⁸⁶ González-García 1978: 33.

⁶⁸⁷ González-García 1978: 50.

⁶⁸⁸ Referidos á suposta promiscuidade sexual permitida entre os internos dende o inicio da Reforma: *O Correo Galego* principalmente publica estas informacións (Jimeno Valdés 2006; Manuel 2: 17).

⁶⁸⁹ Emilio González (1977: 100-117) sinala como “causas” do fracaso as seguintes: a reforma illou a médicos e traballadores non psiquiátrico dentro do propio hospital; a clase médica santiaguesa vía perigar unha fonte clara de ingresos; un cambio político na Deputación nuns anos difíciles do fin do Franquismo. En xeral a súa interpretación apunta a unha reforma “tecnocrática” da asistencia psiquiátrica que non tivo en conta a “situación socio-económica do país” (1977: 108). É dicir, tras unha descrición obxectiva da situación social chea de datos, salta a unha interpretación ético cultural escéptica da situación. Con resignación afirma ao inicio do libro: “Eu mesmo son produto da realidade que analizo”, pero non aplica rigorosamente este principio esencial da investigación sociolóxica. A súa tese (González 1999) é un exemplo unha magnífica acumulación de datos.

⁶⁹⁰ Do mesmo xeito que a nivel político se fala dunha Transición para explicar o continuismo dentro dun cambio, podemos falar como veremos destes dous fenómenos na psiquiatría. Como mantivemos na nosa análise teórica os sistemas sociais non desaparecen completamente ao xerar novo sistemas no seu interior.

⁶⁹¹ Antonio Rosón Pérez (1977-1979) e José Quiroga Suárez (1979-1982).

Nestes anos dende a morte de Franco iníciase a denominada Transferencia das Competencias administrativas estatais ás diferentes Comunidades Autónomas. A Sanidade pública non é transferida á Xunta de Galicia polo PSOE no goberno ata **1989**. Ano que sobe ao Goberno autonómico galego o presidente do xa entón Partido Popular, Manuel Fraga Iribarne.

Temos que engadir un dato político administrativo máis. En **1986** co PSOE no poder en Madrid o Estado Español únese á Unión Europea, cunha terceira administración engadida ás xa existentes.

Nestes anos a Psiquiatría pública en Galicia vive a Transición “pacífica”, sen grandes novidades pero si con pequenos cambios e transformacións.

1986: Lei Xeral de Sanidade.

O PSOE en España gaña as eleccións en **1982**, permanecendo no Goberno nacional ata **1996**. Unha comisión ministerial deste primeiro goberno socialista encarga a José Luis Montoya un informe para organizala Reforma psiquiátrica. O Informe Montoya ve a luz en **1985**. En **1986** o mesmo goberno socialista aproba a *Lei Xeral de Sanidade*. En 1986 léxíslase por primeira vez dende principios de século o ámbito da saúde mental (art. 20). Ata entón as competencias en saúde mental pertencían a órganos con competencias diversas e contraditorias, sempre amparada dentro da beneficencia. Coa lei de 1986 a Seguridade Social cobre a saúde mental, polo menos teoricamente. A nova lei, inspirada na filosofía da psiquiatría comunitaria, ten un carácter xeral e orientativo, sen establecer especificamente as competencias. Coa creación do Estado das Autonomías e a transferencia de competencias non se crea unha regulación específica en Galicia ata dez anos máis tarde.

Nese momento en Galicia existían relacionadas co tratamento das EMG *ata 17 competencias administrativas diferentes*⁶⁹². Ademais dos Hospitais Xerais da Seguridade Social e os Hospitais Militares onde se acollen algúns casos existían: os dispensarios de saúde mental das reformas dos anos setenta; as clínicas, consultas e sanatorios privados; os neuropsiquiatras de cupo nos ambulatorios; as camas e consultas externas da Cátedra de Psiquiatría en Santiago (cunha subespecialización en psiquiatría infantil⁶⁹³), e por suposto os Manicomios xerarquicamente dependentes das Deputacións (Conxo, Toén, Castro en Lugo e dende 1970 Rebullón). Fóronse creando ademais prazas de neuropsiquiatría nas Casas do Mar e nos tribunais de Incapacitación que outorgaban os graos de invalidez para ter dereito a Pensións Non Contributivas⁶⁹⁴.

A isto temos que engadir Unidades de atención a dous problemas “graves” emerxentes nos anos 80: o tratamento das toxicomanías de drogas non legais e as unidades de alcohólicos. Estas unidades de toxicomanías emerxen en cada zona de Galicia con dependencias administrativas diferentes, dependendo da casuística local⁶⁹⁵. Nalgúns casos con fondos nacionais, e dende a entrada na Unión Europea con fondos comunitarios, xorden nos Concellos. Noutros casos créanse relacionadas con Organizacións preexistentes como Asociacións de Exalcohólicos⁶⁹⁶ ou Ordes relixiosas.

⁶⁹² Matías narralo traballo de unificalas nos anos noventa nunha cidade galega na entrevista (Matías 1: 5 e ss)

⁶⁹³ Mónica 2: 17 e ss.

⁶⁹⁴ A lista non pretende neste caso ser absolutamente exhaustiva, cada posibilidade foi descrita no seu momento ao longo desta tese. Por suposto, non sería estraño, dada a complexidade existente, o esquecemento non intencionado dalgún elemento.

⁶⁹⁵ María traballa como psiquiatra nunha destas unidades dende a súa fundación pola vontade dun médico alcalde en Esteiro (María 1: 3 e ss.)

⁶⁹⁶ En Santiago e Coruña.

Coa nova lexislación, e dependendo do INSALUD español, xorden ademais as primeiras *Unidades de Saúde Mental* (USM) en Galicia. A lei establecía unha filosofía de psiquiatría comunitaria con dous tipos de Organizacións. Primeiro as USM con equipos interdisciplinares de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e asistentes sociais. Segundo, xestionaríanse Unidades de Psiquiatría en Hospitais Xerais para os EMG en crise aguda.

Nacen así seis USM dependentes do INSALUD⁶⁹⁷: Coruña, Santiago, Ferrol, Vigo, Ourense e Lugo. Eran “dispositivos intermedios” entre os Hospitais e as Familias dos EMG á espera de crear Hospitais de día, Residencias, Pisos de acollida, talleres⁶⁹⁸. Nelas sepárase a Neuroloxía da psiquiatría incorporando equipos interdisciplinares (proprios ou compartidos) e eliminando o traballo habitual do psiquiatra de cupo. En vez de dúas horas asignadas nun ambulatorio os traballadores destas unidades deben cubrir horarios completos con dedicación exclusiva. Unha das ideas repetidas nesta lexislación é a coordinación coa “atención primaria” e os servizos sociais de cada localidade⁶⁹⁹

Entre **1987 e 1989** a Consellería de Sanidade crea un segundo grupo de USM en toda Galicia⁷⁰⁰. Agora xa non están só en núcleos urbanos senón tamén en diferentes vilas ao longo de toda Galicia. Con esta mesma filosofía pouco a pouco créanse Hospitais Comarcais (Burela, OU Barco de Valdeorras, Carballo ou Monforte) e Centros de Saúde (Ambulatorios) na maior parte dos núcleos de poboación. Nestes anos ata 1992 xorden dúas asociacións profesionais de psiquiatras en Galicia, varias revistas galegas de psiquiatría e a cátedra de Santiago permanece en mans dunha mesma persoas durante anos (Antonio Rodríguez López).

A democracia ata 1992: Fraga Iribarne (1922-) no poder (1989-2005).

A transferencia da Sanidade ten lugar en **1989**, coincidindo co primeiro Goberno de Manuel Fraga. Pouco despois créase unha primeira Xefatura de Saúde Mental na Xunta de Galicia, pero a Saúde Mental oscilou entre distintas consellerías (Consellería de Familia) unida administrativamente ás toxicomanías. Terán que pasar máis de dez anos nas sucesivas vitorias electoras do PP en Galicia para que un Decreto, non unha lei, regule a Saúde Mental Galega en **2001**.

Nestes anos iníciase a unificación de tódolos servizos de sanidade existentes en Galicia. Os grandes Hospitais creados nas grandes cidades pasan a ser *Complexos Hospitalarios*, ao incorporalos sanatorios de caridade municipais, os de administración militar con todo xa á cargo do INSALUD. O mesmo sucede con todos e cada un dos complexos hospitalarios existentes en 2008 en Galicia: O *Complexo Hospitalario Universitario de Santiago* (CHUS), o *Complexo Hospitalario de Pontevedra* (CHOP), o *Complexo Hospitalario de Ourense* (CHOU), o *Hospital Xeral Cíes de Vigo*, e *Complexo Hospitalario e Universitario de A Coruña*.

Toda a rede de asistencia psiquiátrica descrita con anterioridade inicia así a súa integración complexa no SERGAS dende a súa creación en 1989.

⁶⁹⁷ Xestionadas con “estilo centralista madrileño” segundo González 1999.

⁶⁹⁸ Emilio González razoa na súa tese (1999: 43-45) que son dispositivos intermedios porque son baratos, non molestan e son creados por decreto, fronte á posibilidade de organizalas dende o Hospital que serían molestas para a ideoloxía biomédica.

⁶⁹⁹ Véxase a descrición do traballo dunha destas unidades ao principio dos anos noventa máis adiante nesta tese.

⁷⁰⁰ Emilio González chama a isto “segunda fornada de USM madrileñas” (1999: 45).

DIRECCIÓN / ENTRADA EN CONXO	TEMAS RELACIONADOS	ASPECTOS IMPORTANTES	UNIVERSIDADE E CÁTEDRAS
1885 Abre Conxo Sánchez Freire, Primeiro director Conxo	Concepción Arenal, visitadora prisións e de casas correccionais	José Varela de Montes (1796-1868) ia ser primeiro director Conxo	Varela Montes Catedrático de Medicina Legal
Barcia Cabaleiro, J. Segundo director, introduce tatuaxes enfermas.	Banco Simeón, Capital privado entra en Padroado Conxo		Barcia Catedrático de Anatomía
Bacariza Varela Dirección técnica ata 1930, antes médico de “número”		1927: Conxo 4 médicos, 930 enfermos.	Bacariza Catedrático Fisioloxía; Funda clínica privada en 1927 (Lois compra tras deixar Conxo)
José Pérez López Villamil (1927-1933) 1927 entra como médico en Conxo.			1932 Ibor catedrático Medicina Legal en Santiago (trasládase a Valencia)
Goyanes Cedrón Dirección técnica dende 1930, era médico en Conxo		1930 Publica manual para enfermeiros de Conxo	Goyanes Catedrático Anatomía (1926) 1939 Villamil Catedrático de Medicina Legal
	1931 Informe Lafora 1932 Villamil deixa Conxo	1924 Lois Asorey, Baldomero entra a traballar como médico	1946 Primeira cátedra Psiquiatría en Madrid para Vallejo Nágera (militar franquista) 1950 Madrid Ibor gana Cátedra de Psicología médica
Outubro 1933 Folga	1943 Cabaleiro funda clínica privada en Ourense con Pérez Vázquez.	Lois Asorei 1933 Expulsado de Conxo 1933 Lois Asorei clínica privada Santiago	
	1953 Manicomio Lugo 1955-1974 PANAP 1959 Toén	Lois Asorei inspector psiquiátrico para a deputación: informes Conxo	
Rodríguez Somoza, Ramón Director Conxo ata 1970 ao mesmo tempo que director Sanatorio privado en Santiago	1931 Entra como Director Conxo tras informe Lafora		1960 Ibor Catedrático Psiquiatría en Salamanca, primeiro, en Madrid despois
	1966 Seguridade social 1969 Deputación Coruña compra Conxo 1970 Rebullón Inaugurado	1967 Dr. Hernández Cochón, Xefe de Sanidade de La Coruña	José Obiols i Vie 1970 Cátedra de psiquiatría Santiago; 1972 marcha a Barcelona José Giner toma posesión e vaise a Sevilla.
Montoya Xerente Conxo 1972-73	Inicio reforma Conxo 1972	Jimeno Valdés 1972-78 Xefe Servizo Conxo	
Besada Varela	Conxo en 1975		Fin Conflito Conxo 1975
Lado Romero, J.M 1978-1993 Director médico Conxo	Xefe clínico, xefe de Servizo		1985 Antonio Rodríguez Catedrático en Santiago
	Estrecho Saura, T. 1999 Xefe Servizo de Saúde Mental Xunta Galicia		2008 Non hai Cátedra psiquiatría en Santiago (xefe departamento é catedrático radioloxía)

Táboa2 Resumen datos historia Conxo.

En 1994 aparece un Decreto⁷⁰¹ regulador da saúde mental en Galicia, xa co SERGAS. É un decreto de inspiración comunitaria e vén a instauran legalmente a reforma da asistencia psiquiátrica en Galicia. En 1995⁷⁰² establécense por primeira vez os dereitos concretos e as prestacións específicas dos usuarios da Seguridade Social en materia de Saúde Mental⁷⁰³, concretando as xeneralidades da lei de 1986. Pasan dez anos dende que a Lei reconece o dereito á cobertura gratuíta dos temas de Saúde Mental para que se regule en Galicia. Pero o problema que se formula de feito é a multiplicidade de institucións e organizacións encargadas de tratar a EMG.

Unha expresión clara da complexidade do proceso de integración resúmena estas dúas citas dun dos psiquiatras entrevistados. En 1991 asume a coordinación dunha área urbana. Na primeira cita explica

⁷⁰¹ Decreto 389/1994 do 15 de decembro

⁷⁰² Real Decreto 63/1995 García-Espino 1998: 14. Neste sentido resulta curioso como unha dos meus informantes debe de informarse, no seu primeiro traballo facendo unha substitución, dos seus dereitos e deberes como psiquiatra da seguridade social: como e cando outorgar baixas laborais (María 4: 8).

⁷⁰³ García-Espino 1998: 14

como chega á praza. Pasaron varios anos ata que puido iniciar o seu traballo coordinador pois a súa praza estivo impugnada nos tribunais. Na segunda as especificidades do traballo que tiña por diante:

“Tratábase dunha praza de adxunto de psiquiatría. Eran unhas prazas moi cobizadas pola pegada de ser este Hospital o buque insignia da medicina galega. Pénsomo e vexo que, cun hospital enteiro, non hai psiquiatría! Non hai servizo de psiquiatría. A asistencia psiquiátrica é alucinantemente pobre. Non hai nada: isto é un soar valeiro. Hai un dispensario dependente de Y, nuns barracóns, aí, arriba. Un compañeiro que pasa interconsulta no hospital, e, ¡nada máis! Logo, un dispensario de sanidade, outro do concello, e ¡non hai sete camas psiquiátricas! Estouche a falar de 1991. Entón isto atráeme. [fronte ao hastío que sentía no seu anterior posto]. É un sitio, é probablemente o único que queda en Europa co potencial económico e clínico, asistencial, como ten este hospital e esta cidade. Coa posibilidade de montar un servizo psiquiátrico ¡do paquete!”⁷⁰⁴.

*“A área é todo a área. Sobre ese proxecto que presento, é sobre o que se empeza a traballar. En 1996 [paso catro anos cobrando sen poder traballar] aparte da escaseza de recursos que comentaba, aquí, **había, naquel momento, oito dependencias administrativas distintas**, dos recursos que había, aquí había xente que dependía do concello, xente que dependía de asociacións privadas, xente que dependía do INSALUD, xente que dependía de Sanidade, xente que dependía do SERGAS, xente que dependía do Hospital Militar. Todos facendo asistencia psiquiátrica. Cada un pola súa conta. **Ningún sabíalo que facían os outros**. Entón, ese era o traballo máis complicado. Que che digan: “eses son os recursos que hai. Faga vostede algo”. Coller todos estes recursos, despezar equipos, pechar, pois, centros; empezar a incorporar. Foi todo un labor, o máis complicado, porque aí xa te metes en intereses persoais”⁷⁰⁵.*

A EMG e a atención psiquiátrica en Galicia en números.

A OMS estima nun 1% a porcentaxe da poboación xeral con Esquizofrenia⁷⁰⁶. A Depresión Maior ten un entre un 3 e un 6%⁷⁰⁷, co dobre de casos en mulleres que en homes. De Enfermidade Bipolar finalmente estímase que entre un 0,5 e un 1,5% da poboación padecía ou padecerá⁷⁰⁸. En Galicia teríamos polo tanto, cunha poboación duns tres millóns de habitantes, uns 30.000 residentes presentasen Esquizofrenia, uns 90.000 Depresión e uns 20.000 Enfermidade Bipolar⁷⁰⁹.

Segundo datos do Censo de Persoas con Incapacidade da Consellería de Asuntos Sociais, Emprego e Relacións Laborais de la Xunta de Galicia o número de persoas incapacitadas como consecuencia dalgún trastorno mental é en Galicia nos anos noventa de **24.447**⁷¹⁰. A súa distribución xeográfica é segundo os datos da Consellería como se indica na seguinte táboa:

	0-17 anos	18-29 anos	30-49 anos	50-64 anos	>65 anos	TOTAL
A CORUÑA	61	569	3.224	3.410	1.756	9.020
LUGO	10	155	1.230	1.198	771	3.364
OURENSE	40	179	1.152	1.152	741	3.264
PONTEVEDRA	113	719	3.567	2.969	1.431	8.799
TOTAL	224	1.622	9.173	8.729	4.699	24.447

Táboa3 Distribución incapacidade por trastorno mental segundo Consellería, web FEAFES.

⁷⁰⁴ Matías 1, 13.

⁷⁰⁵ Matías1: 16, énfase nosa.

⁷⁰⁶ Hahn-Albers-Reist 2008: 17. Un documental de Medem (Medem-Hernández 2006) leva precisamente ese título: *1% Esquizofrenia*.

⁷⁰⁷ Hahn-Albers-Reist 2008: 28.

⁷⁰⁸ Hahn-Albers-Reist 2008: 34.

⁷⁰⁹ Utilizolas porcentaxes máis conservadoras. O baile de cifras sobre a prevalencia dunha enfermidade ou outra, é impresionante. Abonda consultar as páxinas da FEAFES para ver engordados os números, ou as dalgún ministerio para velos diminuír.

⁷¹⁰ FEAFES, páxina web.

Existen en Galicia nos anos noventa uns cento cincuenta psiquiatras colexiados nos catro colexios provinciais profesionais. En **1975** existían un total de 46 psiquiatras con consulta privada nos principais centros urbanos de Galicia. (Coruña 8, Santiago 10, Ferrol 4, Lugo 4, Ourense 6, Vigo 10, Pontevedra 4)⁷¹¹. No ano **1996** da maior parte dos 145 colexiados como psiquiatras nos Colexios profesionais das catro provincias galegas tiñan consulta privada “declarada”⁷¹². En **2008** ofrécense 217 consultas psiquiátricas privadas en toda Galicia⁷¹³ con 23 Sanatorios psiquiátricos privados⁷¹⁴. Moitos hospitais privados non especializados en psiquiatría ofrecen tamén, en casos especiais, internamentos psiquiátricos de urxencia ou dos denominados agudos⁷¹⁵.

Os hospitais públicos con atención psiquiátrica en Galicia son nos anos noventa case tódolos existentes nas capitais provinciais ou núcleos urbanos importantes. As fundacións e os Hospitais comarcais nas vilas galegas súmanse ás consultas psiquiátricas nos Hospitais Militares ou as creadas como Dispensarios de saúde mental. Están ademais as consultas de cupo de psiquiatras e neuropsiquiatras nos ambulatorios e centros de saúde. Finalmente comezan a xurdir dende 1986 como vimos as “novas” USM coa *Lei Xeral de Sanidade*.

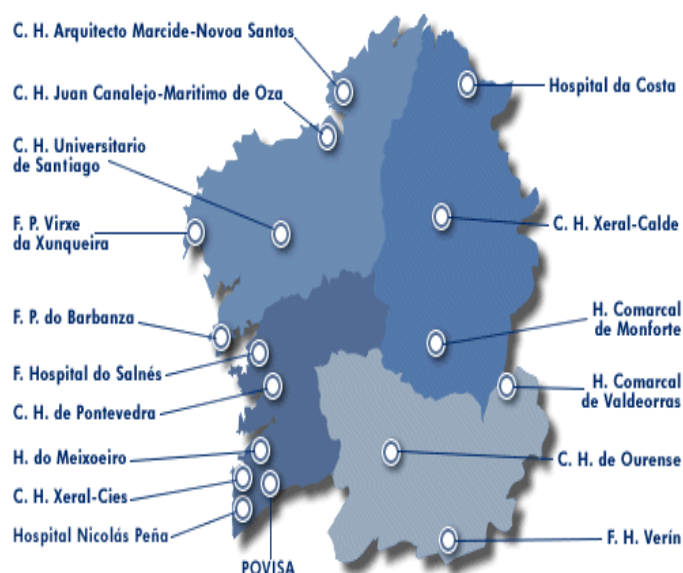


Ilustración14 Hospitais Galicia, Sergas.

⁷¹¹ González-García 1978: 83.

⁷¹² Deses 145 máis de metade (75) exercían nas provincias de A Coruña e Pontevedra (32). Datos de elaboración propia en función de listas facilitadas polos Colexios Médicos provinciais.

⁷¹³ 94 Coruña, 70 Pontevedra, 33 Ourense, 20 en Lugo. Datos elaboración propia con guía telefónica.

⁷¹⁴ 5 Coruña. 2 Lugo, 7 Pontevedra, 9 Ourense. Mesmas fontes.

⁷¹⁵ Teño recollidos dous casos nas miñas entrevistas: Alejandro (2: 7) e Melchor (1: 15).

Quizais o mellor resumo de datos sexa un gráfico publicado no diario galego *La Voz de Galicia* en marzo de 2008. Dun xeito gráfico une tódolos datos que vimos apuntando de Hospitais, e o perfil da

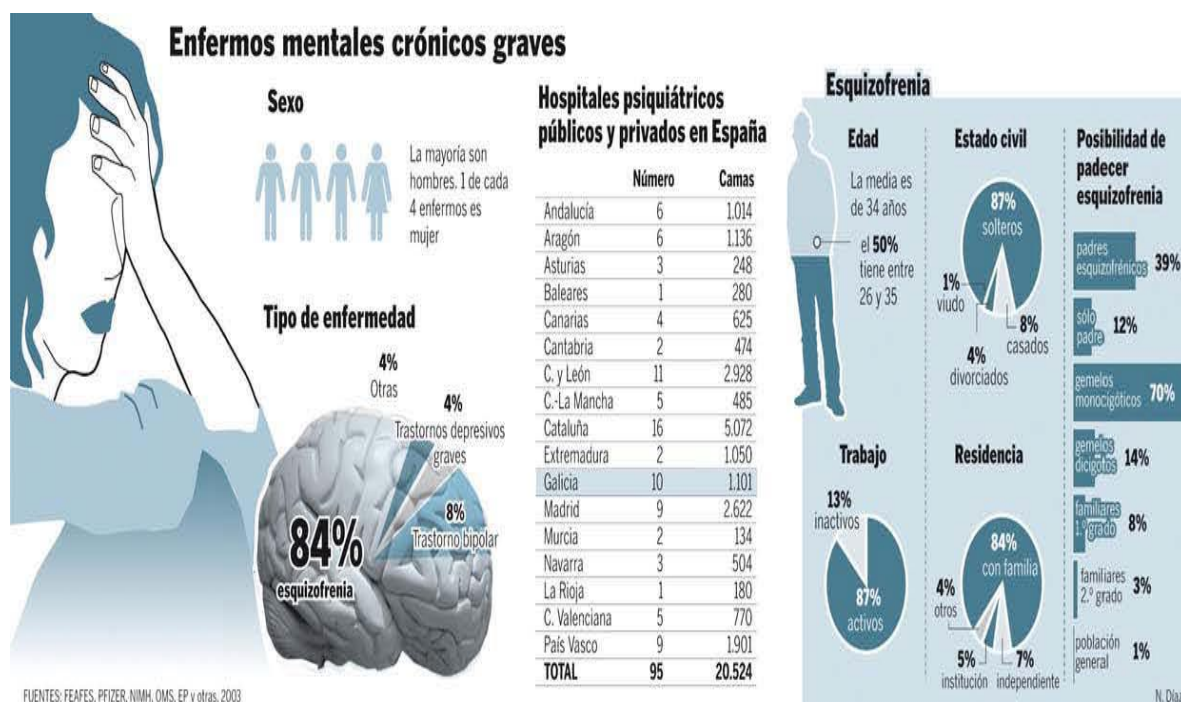


Ilustración15 Enfermos mentais crónicos graves en Galicia. A voz de Galicia, 16/04/2008

EMG en Galicia. Varón de entre vinte e sesenta anos con esquizofrenia, sen traballo, maioritariamente vivindo coas súas familias son os trazos definitorios estatisticamente da EMG en Galicia. O nesgo cunha maior porcentaxe de varóns é coherente coa bibliografía especializada⁷¹⁶.

Dende principio dos anos noventa como veremos axiña únense a esta complexa rede psiquiátrica un crecente número de asociacións especializadas na EMG.

⁷¹⁶ Véxase apartado sobre bibliografía especializada en sociología da EMG, especialmente as obras de Cockerham (2006), Gallagher (1995) e Horwitz (2003).

Complexidade na administración das EMG en Galicia ata 1992.

En 1992 convivían como acabamos de ver en Galicia dispositivos de tódalas administracións político-territoriais sinaladas no capítulo anterior⁷¹⁷: municipal, parroquial, militar, das deputacións, autonómicas, nacionais, europeas e internacionais.

5

A Beneficencia parroquial organizada nos municipios e as deputacións xestiona dende o século XIX a asistencia pública formal da EMG. A isto engadíase toda unha rede de consultas, hospitais e organizacións de carácter privado ou semi privado á que un familiar ou un EMG podía acudir nun momento dado. Os descubrimentos farmacolóxicos ou os “avances” no tratamento da EMG comunícanse en Galicia a través desa rede de redes. Esta rede complexa coa semántica que describimos e os dispositivos sinalados pervive no presente.

Imos agora a entrar en tres casos concretos onde esta complexidade é vivida por xestores, familiares e enfermos mentais en dúas unidades de saúde mental de xestión pública e unha asociación privada dependente da lexislación, subsidios e subvencións públicas.

⁷¹⁷ Habería que engadir a administración militar con varios hospitais, lexislación, pensións e subvencións propias. Non as describimos por motivos de brevidade. Véxase Blecua 1992

Capítulo 6. Unidades de Saúde Mental en Galicia. 1992.

6

Este capítulo está dividido en dúas partes pois os datos descritos se basean na observación de dúas Unidades de Saúde Mental en Galicia en 1992. As sedes das dúas están en dous núcleos urbanos de Galicia, mostrando unha clara centralización administrativa da rede sanitaria pública. A primeira atende en 1992 ademais de poboación urbana, os casos derivados á psiquiatría de tres pobos. Denominamos USM1 a esta primeira cunha orientación antropolóxica e interdisciplinar como se verá a continuación. A segunda unidade, que denominamos USM2 está situada noutro núcleo urbano importante de Galicia, pero a diferenza da primeira, segue unha orientación psicoanalítica. Describimos a nosa recollida de datos durante os seis meses nos que observamos estas dúas unidades de saúde mental. Serán dúas mostras máis da complexidade da EMG en Galicia, complexidade interdisciplinar no primeiro caso, complexidade psicoanalítica no segundo.

USM1 urbana e rural⁷¹⁸.

A USM1 está situada nun núcleo urbano grande nunha capital galega, nunha rúa céntrica nos baixos dun edificio novo. Atenden os asegurados da Seguridade Social pública derivados a psiquiatría de dous ámbitos territoriais ben diferenciados. Por un lado, aqueles non residentes na cidade “desprazados” ocasionalmente nela, derivados á USM1 con algunha “demanda” psiquiátrica. Este primeiro grupo constitúeno principalmente estudantes universitarios. Por outro lado, a USM1 ocúpase de tres municipios “rurais”, un próximo, os outros dous a uns cincuenta quilómetros de centro. Dúas veces por semana desprázanse a dous Centros de Saúde en Argo e Río⁷¹⁹ para pasar consulta ás visitas previamente concertadas dos tres municipios (os usuarios do terceiro municipio acoden ao Centro de Saúde no núcleo urbano de Argo). No local central atenden as demandas da poboación desprazada previa cita telefónica. A maior parte das conversacións entre os traballadores da unidade e cos seus pacientes, polo menos as observadas, foron en galego.

A USM1 ten cinco traballadores como persoal fixo: un psiquiatra con formación como antropólogo (Macario), un psicólogo de tendencias lacanianas (Marco), unha enfermeira (Marta), unha asistente social compartida con outros servizos (Mina) e un encargado do traballo administrativo burocrático (cambiou ao longo da miña estanza na USM1). Na unidade sempre están presentes ademais varios alumnos en prácticas: médicos facendo o rotatorio da carreira no seu paso por psiquiatría (Miro ou Mira); enfermeiros en prácticas; futuros médicos especialistas realizando o MIR; psicólogos en prácticas ou futuros PIR. Nos dous centros de saúde os traballadores sociais dos concellos, os servizos de enfermaría e os bedes son persoal con funcións dentro da USM1. A permanencia na USM1 dos

⁷¹⁸ Durante seis meses en 1992 asistín a tódalas actividades desta USM como observador. Todos os datos aquí presentados foron modificados para preservalo anonimato dos aludidos, con nomes ficticios utilizando as claves xa indicadas (véxanse os apéndices para consultar os perfís dos integrantes da unidade). Sigo as anotacións dos meus cadernos de campo, as fichas sobre cada caso e as gravacións de boa parte das consultas psiquiátricas que presenciei.

⁷¹⁹ Nomes ficticios.

alumnos en prácticas é variable. Os MIR están varios meses, mentres que os PIR (psicólogos internos residentes) o fan durante un período menor. Os alumnos de rotatorio de enfermaría e medicina están dende uns días ata unha ou dúas semanas. Finalmente os estudantes de traballo social ou de psicoloxía adoitan formarse na unidade nos denominados rotatorios (rotan por tódolos servizos do sistema hospitalario) durante uns días. A isto hai que engadir enfermidades, baixas laborais e permisos para facerse unha idea da complexidade interna.

Macario é o director médico da unidade. Exerce como xefe. Ten unha longa experiencia na saúde pública gratuíta dende os anos setenta, tanto en ambulatorios e centros de saúde coma en hospitais psiquiátricos. Ademais, polas tardes, atende na súa consulta privada de pagamento. Logo de cita telefónica visita nela unha longa lista de clientes dende hai anos.

Primeiro estadillo: marzo 1992⁷²⁰.

Os luns a última hora da mañá (unha da tarde) teñen lugar estadillos con tódolos membros “fixos” da USM1 ademais dos convidados e os alumnos en prácticas. Adoitan durar ata as tres da tarde, pechándose a xornada de traballo tras finalizar. Hoxe sentamos ao redor dunha mesa de reunións oito persoas: o psiquiatra xefe da Unidade, o psicólogo, a enfermeira, a asistente social, un rapaz en prácticas de psicoloxía, unha médica facendo o rotatorio, e unha MIR de psiquiatría cunha formación bioloxicista (esta información apúntama antes de entrar Mauricio).

Os estadillos son encontros de traballo estandarizados en tódolos servizos médicos. A súa periodicidade nesta unidade é semanal. Neles reúnese o persoal da unidade. Póñense ao día coas novidades da unidade: publicacións interesantes, novos pacientes, asignación de casos, evolución dos mesmos, novidades nas medicacións, distribución dos traballos, organízase a presenza da unidade en sesións clínicas a nivel de Galicia ou noutras unidades, congresos, artigos a redactar, protocolos de investigación, etc.

Macario comeza referíndose a un artigo sobre “A síndrome de Ulises”⁷²¹. Cítao por un paciente do que falaram nunha sesión anterior. O psicólogo Marco recomenda un tomo das obras de Lacan onde fala precisamente sobre esta temática. Macario recorda unha investigación na que participa a USM1 sobre esta temática.

A continuación Marta, a enfermeira anuncia que a semana pasada revisáronse trinta casos dos cales oito foron “primeiras”, casos novos. Dispóñense a falar de seis destes novos casos pois non puido atopala carpeta de dous deles. Cada carpeta co seu número de rexistro contén o “**volante**” co que viñeron remitidos á Unidade. A carpeta inclúe a historia clínica completa, así como tódalas anotacións manuscritas dos diferentes profesionais que puidesen atendelo usuario. A enfermeira informa, ao inicio do estadillo, quen leva cada un dos novos casos, que será quen encargarse a continuación de presentalo ante a Unidade⁷²².

⁷²⁰ Nesta unidade aténdín como observador un total de dez estadillos. Describo os datos seguindo as miñas notas, fichas e gravacións de cinco deles. Intercalando tres dos desprazamentos a dous municipios rurais co psiquiatra, a enfermeira e o psicólogo.

⁷²¹ Afección psicolóxica relacionada coa emigración. O cambio permanente de situación “provoca” en Ulises trastornos.

⁷²² Durante a miña estanza nesta USM1 tiven acceso aos arquivos cos historiais dos casos da Unidade. Moitos dos datos dos meus cadernos son produto das consultas realizadas neles e das notas tomadas tras cada día de observación nos cadernos de campo.

O primeiro caso expón o psicólogo da Unidade. Marco presentalos datos dunha estudante de cuarto de empresariais dunha capital de provincia. O seu pai é alcohólico e a demandante menciona na entrevista inicial como a maltrataba. Ten relacións sen sexo cun compañeiro de facultade dende primeiro de carreira. Preséntase derivada polo médico xeral de desprazados por “problemas depresivos”. A Marco parécelle un problema “non moi grave”, máis ben de “inmadurez”, indicando que na segunda entrevista xa mostra certa melloría, establecendo unha boa relación con el ao achegarlle moitos máis datos novos. Propón seguir conversando con ela. Macario indica que o primeiro en recibir un usuario debe ter moito coidado en non acrecentar o problema co que se presentan. Se ao demandante se lle indica un problema orgánico coas nosas preguntas o usuario pode ver acrecentado o seu problema. Sinala que o psiquiatra escarba coas súas preguntas na busca de problemas psiquiátricos graves cando en realidade a maior parte dos que chegan á Unidade (os estudantes desprazados) non adoitan solicitar máis que un labor de escoita. Indica que estes estudantes xa teñen interiorizado o seu propio psiquiatra, realizando o súa “auto-psicoloxización”. Neste sentido apúntalle a Marco que este mesmo caso podrecía perfectamente interpretarse como un Trastorno Orgánico Depresivo propio da idade da usuaria. A “culpa”, explica, é só unha forma de externalizarlo problema. Mauricio estalle a ofrecer unha interpretación contraposta á exposta polo psicólogo ante o grupo. A continuación o psiquiatra xefe da unidade indícalle a Marco que a pesar de quince anos de experiencia segue usando o seu propio concepto persoal de madurez cos pacientes. Sinálalle que non o relativiza suficientemente.

A psicóloga en práctica expón o caso seguinte coa axuda de Marco. Trátase dunha muller de corenta e cinco anos emigrante en Alemaña, o seu marido segue alí. Hai dous anos provocáronlle un aborto en Alemaña. A parella ten un fillo. Ela mantiña unha relación cun primo ao que deixou recentemente por propia iniciativa. Hai pouco confesoulle ao marido a súa infidelidade. Preséntase na unidade dicindo que non funciona sexualmente tras indicar que o seu marido é un exaculador precoz. A psicóloga en prácticas para constantemente a súa exposición ante as preguntas dos demais. Indícanlle que debe ordenar mellor os seus datos e expoñelos casos con máis nitidez. Formúlanlle entón cál sería a súa actuación terapéutica. Ela responde que iniciaría unha terapia co marido. Mauricio desmóntalle entón a súa proposta co seguinte razoamento: temos a tendencia a facer o que nos ensinaron a facer, buscando logo como tolos as razóns para xustificalo. O resto do grupo sinala que hai incongruencias na historia. Seguramente faltan datos. É necesario seguir indagando antes de tomar unha decisión terapéutica.

A MIR expón un caso antigo, xa tratado na unidade. Non di máis que o nome e o pobo do que procede a usuaria. Mauricio indícalle que debe facer máis uso de “prácticas comunitarias”, polo que ten que visitala persoalmente na súa casa a semana seguinte. A continuación a psiquiatra MIR explica o caso novo que lle foi asignado. Unha muller de vinte e catro anos estudante de Filosofía cun pai depresivo. Fala moi rápido, pouco tempo e usando vocabulario técnico. A usuaria chegou cun volante médico indicando: “síndrome depresiva ansiosa”. Mirándome a min sinala que esta etiqueta é a máis usada polos médicos de familia pois xunto coas toxicomanías é un clásico para non dicir absolutamente nada. A MIR o diagnóstica como “Trastorno Ansioso” (dá a referencia numérica do DSM). Remata

rápido sen deixar espazo para comentarios, en boa medida porque a súa exposición realmente non os necesita.

A enfermeira Marta expón dous casos novos de nenos. Dous varóns de nove e sete anos derivados polo médico de familia dun dos pobos onde a USM1 traballa. Os cativos cambiaron fai pouco de colexio, con problemas de comportamento e malos resultados académicos. O médico demanda un informa psiquiátrico. Mauricio recórdalle, cando Marta xa lle ía dar cita coa Unidade de Psiquiatría no Centro de Saúde do pobo, o proceso a seguir con nenos nestes casos. Primeiro débennlle “recodar” ao médico de familia que debe volver falar con ambos os dous proxenitores, e só posteriormente os remitir a psiquiatría. A razón de proceder así é para pospoñer o máis posible a psiquiatrización dos nenos, para non utilizar o “marcador traumático” da visita ao psiquiatra.

Mauricio é o último en expoñer un caso dun dos pobos. Trátase dunha muller de trinta e cinco anos xa internada anteriormente en dúas ocasións. Presenta ansiedade, mareos e unha alteración das pautas de sono. Mauricio describe a súa familia: vive cos seus avós na casa destes. Mauricio di que ten un nivel cultural alto, que fala moito (o cal lle choca, pois non é o habitual). Indicoulle, a paciente, rapidamente o seu carácter de filla de solteira. A súa nai casou despois con outro home. Tivo dous fillos, tras un aborto entre ambos os dous. O segundo naceu tarde no proceso de xestación, tivéronlle que provocar o parto. Aproveitaron para ligarlle as trompas. Diagnosticáronlle unha depresión postparto. Mentres estaba embarazada o seu padraсто sufriu unha trombose sufrindo parálise como consecuencia. Cinco meses despois sufriu unha perda da conciencia. Mauricio indica que primeiro deben de ser analizados os seus “problemas cerebrais”, logo poderá voltar ao psicólogo ou ao psiquiatra. Este caso mostra un choque, apunta Mauricio, entre dúas culturas: os avós co seu modo de facer na casa na que vive a usuaria, e a cultura da propia usuaria, coas súas prácticas de planificación familiar. Mauricio apunta a necesidade de “sacarlle todo o seu xugo” a cada caso que lle chega (referencia ás súas publicacións e investigacións). Quizais todo sexa unha forma de facer visible a súa culpa ante os avós, por non poder ser da forma que demanda a cultura tradicional.

Abril 1992: segundo estadillo.

Hoxe asisten oito persoas: Mauricio, Marco, Marta e Mina a asistente social; ademais da psicóloga en prácticas que remata en dúas semanas, a MIR de psiquiatría e unha médica nova no seu rotatorio polos servizos médicos. Temos que esperar dez minutos pois Mauricio está a rematar unha consulta cun paciente. En canto chega sentamos todos arredor da mesa. Mauricio comenta uns artigos nunha revista. A continuación formúlase o problema de traducir unha historia clínica dun usuario en alemán.

O tema inicial da sesión céntrase en decidir se atender a petición da Asociación de Pais dun colexio dun dos pobos nos que a unidade traballa. Pídenlles unha charla de prevención de drogodependencias e alcoholismo. Formúlase o problema de se a petición será ou non aceptada, pois pode vir viciada. Mauricio sinala a entrada na comunidade debía ser por outros medios. Di que debe acudir o psicólogo da Unidade a responder á petición porque non debería ser os doutros servizos (cítaos) os que falen de drogas e alcoholismo. Marco formúlalle a súa dúbida sobre o ton da charla. O psiquiatra xefe

respóndelle que non debe aceptalo rol de dar receitas ou solucións ante a un problema detectado por un docente.

Marta, a enfermeira, di que ela tamén acudirá pois a demanda foille presentada a ela por un pai na súa visita semanal ao centro de saúde, pero non ten moi clara cal é a cantidade de alcohol que é posible beber sen que esten presente problemas de saúde. A resposta do psiquiatra é que deben ir á charla non a falar, senón a escoitar. Tratar de que os asistentes dean as súas propias opinións, para aprender algo deben partir do suposto de que “esta intervención non vai servir absolutamente para nada”. Marco di entón que na cultura tradicional o viño é un alimento en Galicia, o cal non evita que certos casos fagan do consumo un uso patolóxico. Mauricio respóndelle que non é de todo certo pois, primeiro, porque moitos pacientes anciáns deixan o alcohol por propia iniciativa, e segundo, o comportamento de inxesta alcohólica dos mozos durante as fins de semana ou os xoves no centro, non é unha conservación da pauta tradicional.

Marta fai reconto de dez casos novos durante a semana na unidade despois de relatar tódalas actividades nas que participaron. Indica quen se fixo cargo de cada caso, pasando a continuación á discusión de todos eles.

Marco presenta o primeiro caso. Trátase dunha nena de dez anos con problemas de sono polos seus pesadelos, remitida á unidade por un centro de atención psicopedagóxica. Leva un tempo xa en tratamento cun médico do Hospital Xeral. Marco sinala que foi tratada como unha deficiente, pero que a el lle parece bastante “lista”. Mauricio indica a necesidade de aclarar a historia clínica completa, completando os datos para entender porque foi derivada a esta unidade. Deben arranxalos problemas burocráticos que leva consigo asumilo caso e “cubrirse as costas”. Ordénalle a Marco asumilo caso pero mantendo sempre informado o seu médico.

O segundo caso do psicólogo é outro neno de sete anos. Méxase sempre que se dorme, mesmo durante o día. O médico de cabeceira remítea o neno a psiquiatría tras descartar calquera problema orgánico e constatala ausencia de dificultades escolares. Mauricio “riñelle” pola pobreza dos datos presentados. Marco escúsase: atendeu moitos casos en pouco tempo pois asistiu a varios congresos. Recoñece a necesidade de descubrir a que se refería o médico no volante para mellorar a atención dada e precisar un diagnóstico.

A psicóloga en prácticas presenta un caso coa colaboración de Marco. Unha estudante de cuarto de Económicas que solicitou directamente unha consulta psiquiátrica. O volante do médico de cabeceira vén polo tanto completamente en branco. Sinala Mauricio o atípico desta circunstancia. A psicóloga en prácticas di o difícil do encontro coa usuaria: non fala, contesta a penas con monosílabos, non mira directamente á cara, sempre coa mirada baixa. Só puido precisar unha queixa polos malos resultados académicos a pesar do seu esforzo por estudar. Di estar deprimida. Mauricio interrompe a exposición para indicar que aos estudantes hai que preguntarlles directamente que queren dicir con esa palabra “depresión”. Xeralmente, engade, psicoloxizan as súas explicacións co que se fai difícil saber exactamente porque veñen, ou cal é a súa demanda real. Mirándome a min di que na época de exames as demandas de visita co psiquiatra aumentan considerablemente.

O cuarto caso preséntao tamén Marco. Trátase dun enxeñeiro en paro de vinte e un anos. Marco apunta de novo a dificultade de comunicarse con el, facendo referencia a conversacións anteriores di: é o problema habitual destas “enfermidades situadas nos límites”. Parece referir problemas depresivos pero Marco non remata de entender que lle pasa pois de súpeto pasou a falarlle dos seus problemas cun compañeiro co que non aclara a súa relación amorosa. Remata sinalando que o citaron para dentro dun par de semanas, terá máis información e xa lles dirá.

Mauricio sae do cuarto a atender unha chamada de teléfono. O resto do grupo permanece en silencio durante un par de minutos. Pouco a pouco as conversacións de dous en dous van iniciándose ata que volve o xefe da unidade, e a reunión continúa.

A psiquiatra MIR presenta os seus tres casos en rápida sucesión. Primeiro, unha muller de setenta e un anos con Demencia senil nunha visita domiciliaria. Presenta unha boa atención familiar pero hai unha clara perda progresiva de facultades. Leva cinco anos cos médicos que parecen atendela ben. A MIR di que non hai dúbidas sobre o diagnóstico. Mauricio indícalle entón que debe derivala ao servizo especializado de psioxeriatría a non ser que queira realizar unha intervención para motivala paciente, pero debe ter en conta que vén o verán e ela remata as súas prácticas en poucos meses. A MIR mira a Mauricio, dúbida durante uns instantes. Di entón se non sería bo volver facer análise para confirmar o diagnóstico. Mauricio recoméndalle aforrar, que o mellor é indicarlle a familia que a deterioración será menor canto maior sexa o número de actividades que a enferma realice por si mesmo. A MIR di aceptar a proposta de Mauricio.

O seu segundo caso é un varón en paro de trinta e dous anos. O paciente relátalle unha crise de ansiedade aos once anos. Agora presenta, di, un cadro similar. Mauricio indica que entre os sete e os trece anos adoitan presentarse ese tipo de cadros clínicos. A MIR relata como o usuario describe a súa ansiedade ante a situación de desemprego presente. Relata as súas dificultades para saír á busca de traballo. A MIR propón con seguridade un diagnóstico de Trastorno por angustia con agorafobia. Tras consultalo DSM-III Mauricio dálle a razón, pero reflexiona sobre o compromiso que pode levar consigo consigo o diagnóstico. Falan a continuación da medicación: o paciente toma *Anafranil*⁷²³ pero Mauricio apunta que seguramente o cambio de medicación non lle solucione ao paciente os problemas de cansazo que causaban as pastillas anteriores. Recoméndalle á MIR que deixe a “psiquiatría sistémica”, e que “escoite máis” outros tipos de psiquiatría.

O último caso da MIR é dun dos pobos atendidos pola Unidade. Trátase dunha muller de trinta e un anos con dores de cabeza e “nervios”. A MIR⁷²⁴ acúsaos de “caso difícil” pois podería ser perfectamente unha consecuencia dunha gripe en xestación. Pero hai algo que a fai dubidar. A paciente relata pesadelos terribles e malos sonos. Apunta a necesidade de recoller máis datos, completala historia para formarse un xuízo máis completo. A muller vive coa familia paterna, o seu marido e os seus fillos. Traballa como o seu marido para os seus pais nun comercio. Ela sinala o exceso de traballo como posible causa. Automedicase con aspirinas e algún tranquilizante suave. Tanto a MIR como Mauricio dubidan dunha

⁷²³ Antidepresivo tricíclico con lixeira acción ansiolítica e moderados efectos anticolinérxico.

⁷²⁴ Os MIR “entenden” claramente cáles son os casos de Mauricio, e cáales os deles. Falan así con máis temor e comunicando o que el espera deles.

posible patoloxía máis grave ao fondo, debido aos sonos. Coinciden ambos os dous na necesidade dunha exploración máis profunda, solicitar máis datos para a historia e afondar nun mellor “traballo diagnóstico”.

Mauricio presenta os seus tres casos incrementando a velocidade ao achegarnos ás tres da tarde. O seu primeiro caso é unha muller de sesenta e cinco anos cun cadro de “histeria” nunha historia psiquiátrica longa. Mauricio apunta que tratouna xa na súa consulta privada durante anos, nunca estivo sen medicación. Acaba de saír dun ingreso nun hospital público onde decatouse da súa consulta pública gratuíta. É dun pobo do interior de Ourense, está desprazada da súa cultura, comenta Mauricio. Cóntalle que parece ter problemas co seu marido e queixase da súa obesidade. Quizais, apunta o psiquiatra, busca satisfacela súa culpabilidade por non estar na casa con el. Pasa revista con Mauricio sobre os sitios onde podería pasar a súa vellez: en Madrid onde xa sufriu un ingreso, podería ocuparse dela unha parenta; ou, talvez aquí na cidade coa súa filla. Mauricio apunta que a cultura tradicional cambia adaptándose ás novas situacións. Ninguén di nada e pasa rapidamente ao segundo caso.

Trátase dunha muller de trinta e tres anos con cefaleas e unha preocupación constante polos mortos. Mauricio indica que non ten datos suficientes, que a demandante entra en contradicións polo que fai falta melloral a historia clínica en sucesivas entrevistas. Por agora vai sen diagnóstico non vaia ser que “se nos” asuste, delle grima a “palabrexas”, e saia fuxindo.

O seu terceiro caso é outra muller de corenta e sete anos dun municipio limítrofe coa cidade. Acode ao centro de saúde de Río⁷²⁵ onde Mauricio asiste unha vez á semana. Hai un mes o seu marido morreu polo que apunta un diagnóstico probable de “Do non complicado”. Vive coa familia materna, alegando que o fai pola herdanza (Mauricio apunta: matrilinearidade). Cúlpase por non actuar antes sobre a enfermidade que matou o seu marido: un paro cardíaco asociado a unha cirrose polo seu alcoholismo. Atopa en tódolos seus veciños miradas e indicios desa culpa. Mauricio non sabe se a paciente acode a el por este problema ou porque el mantén unha relación especial con esta familia. A avoa da casa atribuíu a Mauricio un significado máxico hai uns vinte anos. Esta muller, relata Mauricio, non deixaba a ningún médico receitar nada sen a súa aprobación. Marco pregúntase en alto se as alucinacións son ou non culturais. Ninguén lle responde, comezan a recoller as súas cousas e despedímonos.

Outubro 1992: terceiro estadillo.

Somos oito persoas. Ademais dos habituais un novo MIR (Miro) uniuse ao grupo. Mauricio apúntame a súa tendencia junguiana pola súa formación nunha escola de psicanálise madrileña. Están presentes ademais dous médicos no seu rotatorio, un presenta un caso, o outro non abre a boca en toda a reunión. Tras uns comentarios previos do novo administrativo presentándose, iníciase a reunión coa presentación dos casos novos.

Miro fala dun novo arxentino de vinte e sete anos estudante de dereito. Estuda na cidade cunha bolsa da Xunta, aínda que financiase traballando durante os veráns en Suíza. Parece sufrir unha “depresión non especificada”, di, con angustia ao rexeitamento. Normalmente ao iniciar o curso adoitábaselle

⁷²⁵ Nome ficticio: municipio próximo a cidade da área de competencia da USM1.

formular este mesmo problema. Este ano acrecentouse debido a un atraso no diñeiro de Suíza. Ese atraso angustioulle moito e comezou mal o curso. Non ten ningunha relación sexual. Marco formula se non pode ser un “Trastorno adaptativo” debido á “dinámica do desexo obxectivo”. Miro e Mauricio respóndenlle rapidamente cun non. Non pode ser debido á idade, se miraras o DSM, dille, saberíalo. Dille Mauricio con ironía para engadir inmediatamente: “Esqueciches preguntar: ¿a que atribúe o individuo o seu malestar? Ao contestar obterías a hipótese subxectiva do paciente, logrando ao mesmo tempo que fale de si mesmo”.

O segundo caso presentado por Miro é dunha estudante asturiana de 22 anos de cuarto de Farmacia. Está deprimida, chorando constantemente durante a primeira entrevista. Intercambian Mauricio, Marco e Miro distintos puntos de vista sobre o papel distante que debe telo médico para favorecer que o paciente se abra. A posición do médico, di Mauricio, ten que ser calquera con tal de que se adapte ás circunstancias e provoque a apertura do paciente. Miro continúa entón coa súa exposición. Os pais da usuaria están divorciados. O pai ten un diagnóstico de esquizofrenia. A súa nai está xubilada cunha pensión. Miro apunta que deulle a impresión de temer tódalas vías de escape que foronselle ofrecendo. Mauricio sinalalle que hai que ter coidado coa busca de causas. Moitas veces o psiquiatra coas súas inquisicións estalle transmitindo normas de conduta ao paciente. Mauricio fai referencia entón ás preguntas pola sexualidade do caso. Dille tamén que o concepto de depresión pode ser un artefacto perfecto para establecer un diálogo con ela, completar a historia e se formar unha imaxe máis completa.

Marco toma a palabra. Fala primeiro dun caso anterior: unha rapaza de vinte e dous anos cunha Depresión polos seus malos resultados cunha materia na carreira. Non pode aprobar tampouco o carné de conducir, e dado que o seu irmán intentou suicidarse en varias ocasións, acode á USM1 para previr. A nai preséntase coa rapaza na consulta. Mauricio formúlalle entón: “¿Quen fai a demanda?”. Marco responde dicindo que parece presentar escasa tolerancia a frustración. Di que continuará sen diagnóstico. Responde pouco despois á pregunta anterior sinalando que deixará a “porta aberta” tanto á filla polas súas queixas de depresión, como á nai polo temor ao suicidio da súa filla.

A médica do rotatorio comeza a expoñer o seu caso trala pregunta directa de Mauricio: “¿Cóntame!”. Trátase dunha muller de Río de sesenta e dous anos. Vive nun núcleo rural, é viúva recente. Mauricio interrómpea afirmando: “Sabía que ías picar”. Tal e como comezas a exposición deste caso, dille, vas directa ao seu psiquiatrización. A usuaria xamais, argumenta Mauricio, considerou a súa visita ao centro médico como un problema psiquiátrico. A partir deste momento será el quen expoña o caso, presentado o xoves pasado no Hospital Clínico nunha sesión clínica conxunta de varias USM1.

A muller non pediu consulta con psiquiatría, subliña Mauricio. O endócrino remítea a psiquiatría. É diabética, necesita picarse dende a morte do marido. Esta era unha figura relevante no pobo: repartía as “partixas”. Mauricio di que ao morrer o seu marido ela reclama, coa somatización, o mesmo “poderprestixio” do seu cónxuxe. O seu fillo non parece facelle moito caso tras sete meses de loito. Ela asume coas súas queixas e enfermidade, en pleno sentido, o seu rol de viúva. O endócrino, quitando de enriba o problema, sinala Mauricio, “psiquiatriza” o seu caso. Remíteo ao servizo de psiquiatría semanal do Centro médico para que continúe, di Mauricio, o “proceso de fabricación da loucura”. Tras unha breve

alusión a Szasz⁷²⁶ Mauricio indica a Personalidade Neurótica “importante” da usuaria. Hai que deixarlle as “portas abertas” pero sen deixar de ser conscientes do proceso de psiquiatrización ao que viuse sometido o seu caso. Engade entón un comentario sobre o “choque institucional” da organización hospitalaria, eficaz no Hospital, pero demasiado ríxido para o traballo no exterior.

Marta inicia a exposición de dous casos de nenos. Ante os poucos datos que achega Marco e Mauricio bromean con ela: “Pillámosche nun renuncio!”. Marta recoñece non ter tido moito tempo para preparalo, prometendo presentalo a semana que vén. Mauricio ironiza sobre o “perfecto funcionamento da sección infantil da unidade”. Marta aproveita para facer un comentario breve sobre un caso recente. Un neno de doce anos con pesadelos tras un mes sen ir a clase. Apunta un fallo de Asistencia social que derivalles o caso sen unha visita domiciliaria, nin unha conversación directa, nin sequera un bosquexo da historia. O neno parece un manipulador, sinala Marta, pois o pai e o avó presentaronse con el solicitando axuda á enfermeira. Marco bromea sobre a necesidade dunha figura de autoridade, aproveitando para indicarlle a Marta que el se encargará do caso ao pedirlle que os cite en Río a semana que vén.

Mauricio presenta de forma breve en rápida sucesión tres casos de Argo⁷²⁷ vistos alí a semana pasada. Primeiro, unha muller de corenta e tres anos cun Trastorno Distímico. Trátase dunha antiga coñecida, paciente de Mauricio dende hai anos. Despois, outra muller de cincuenta e nove anos cun Do pola recente morte da súa nai. No seu terceiro caso, Mauricio detense un pouco máis. Unha rapaza de vinte e dous anos retornada da emigración en Suíza ao xubilarse o seu pai viúvo. Toda a familia presentou problemas de alcoholismo. Acode á consulta porque quere “quitar do alcohol”. Relata varias crises psicóticas anteriores pero só esta última vez decidiu pedir axuda. Mauricio propón “pasarllela” a Traballo Social do Concello para un seguimento en detalle coa familia. Unha vez realizado ese traballo de asistencia social, poderían volver vela na unidade. Nese momento Mauricio aproveita para falar dunha “montaxe” para “tratar o alcoholismo” nun municipio próximo. Refírese a todo cunha crítica irónica descrida de todo o sistema médico no seu tratamento do alcoholismo.

Mauricio presenta sen apenas datos un caso dunha muller de oitenta e dous anos cunha Demencia senil. Fai unha alusión rápida ao concepto de Memoria en Galicia, cun significado polisémico pois no mundo tradicional galego significa tamén intelixencia. Apunta a necesidade de “non facer unha interpretación” do paciente. Case sen pausa fala dun caso discutido nunha reunión anterior: “aquele que non follaba”. Di que se presentou á seguinte consulta un mes despois (a semana anterior) aparentemente “recuperado”.

Remata a sesión pero Marco comenta no último momento un caso. Trátase dunha visita fallida. Non se presentaron tras un aviso telefónico. Marco interpreta como contraditoria a escusa argumentada polo pai: “non imos porque o meu fillo empeorou”. Mauricio tomala palabra para indicar que seguramente están a consultar outros médicos, pero o pai chama para cubrirse as costas e non pechar a posibilidade dunha visita con psiquiatría. Mauricio coñece o caso dende hai anos: é un Trastorno da Personalidade

⁷²⁶ Szasz (1976) na súa obra *O mito da enfermidade mental* defende a invención social da EM. O poder e a ideoloxía crearían intencionadamente a EM para dominar a poboación.

⁷²⁷ Nome ficticio: municipio competencia da USM1 bastante afastado da sede urbana da unidade.

que ao deixar periodicamente a medicación empeora. Ante a pregunta de Marco sobre que facer, Mauricio responde: “actuar á galega”. Entregarlle un informe ao pai por se quere presentalo ao médico de cabeceira. Desta forma parece que a Unidade emitiu un xuízo e respóndelle afirmativamente pero con cautela a demanda encuberta do pai.

Mauricio pecha a sesión pedíndolle a un dos rotatorios que complete unha Historia sobre unha Demencia senil da que faláron a semana pasada. “Para practicar”, dille, “redacta tamén un informe que logo revisocho eu”.

Outubro 1992: Centro de saúde de Río⁷²⁸.

Atopámonos na Unidade ás oito e media da mañá: Mauricio, Marco e Marta (a enfermeira). Compartimos o coche de Marta durante un traxecto de media hora ata o Centro de Saúde no núcleo urbano de Río. A maior parte do traxecto imos en silencio. Ao anaco Mauricio fala con Marta sobre algunha coñecida que poida escribir un artigo para unha revista de psiquiatría sobre enfermaría na práctica rural. Ao chegar ao Centro de Saúde sobre as nove Mauricio entrégame unha bata branca e un fonendoscopio. Asígname o papel do seu axudante: debo facer entrar aos pacientes que esperan na sala e encher algunhas receitas. Indícame que se se trata dalgunha “terapia” me pedirá que saia fóra. Aos pacientes preséntame polo meu nome como un colega. A medida que transcorre a mañá esquécelle esta presentación, especialmente coas persoas maiores que xa o coñecen.

Durante a mañá os pacientes previamente citados van pasando a velocidade crecente. Mauricio apúntame que parece unha mañá apertada. Primeiro comentamos os casos antes de facelos pasar, coa historia na súa carpeta sobre a mesa instalámonos nunha mesa nun cuarto cun letreiro de “Sala de reunións”. Pouco a pouco non nos dá tempo a un comentario previo e os pacientes van entrando en rápida sucesión un detrás doutro. Gravo algunhas das consultas cunha gravadora oculta debaixo da mesa. Nalgúns dos casos Mauricio indícame antes que desconecte a gravación, fágoo sen preguntas. Ao rematar cada consulta dálles unha pequena tarxeta de cartón para que arranxen a seguinte cita coa enfermeira ao saír.

Uns días antes Mauricio explicábame como funcionan as visitas aos municipios fora da cidade onde a Unidade ten a súa poboación de usuarios desprazados. Dende a Unidade tiveron que negociar un espazo coas respectivas xerencias dos Centros de Saúde e os Concellos. Entre as obrigas da Unidade non está legalmente a de desprazarse. Os pacientes son os que tradicionalmente deben desprazarse para consultas cos especialistas médicos, xeralmente ás cidades. A administración non prevé polo tanto un espazo horario nin físico para estas visitas semanais, salvo o da propia unidade na cidade. Tras unha longa negociación, acordaron desprazarse eles e non os pacientes como fan en tódalas outras especialidades médicas para as que existe especialista designado en cada municipio. Acoden os martes a Río e os xoves a Argo.

En Río asisten o psiquiatra, o psicólogo e a enfermeira. En Argo o encargado do teléfono do centro de saúde fai as funcións de Marta, citando os pacientes, preparando as historias de cada día e

⁷²⁸ Nome ficticio.

ordenandolos requisitos burocráticos e as receitas. Mauricio indícame que neste segundo centro de saúde e concello foron máis receptivo. En vez dunha “Sala de Reunións” inutilizada onde tiveron que instalar eles mesmos o mínimo necesario para pasar consulta, dispoñen en Argo dunha consulta médica con todo o mobiliario habitual: padiola, armarios con medicación, batas, fonendoscopios, etc. Os bedeis son a clave, indícame Mauricio con ironía. Tamén comentame como a oferta do servizo aumentou exponencialmente coa demanda, tanto por parte dos médicos do centro de saúde con máis derivacións á unidade, coma por solicitudes de consulta directa dos usuarios. El ordenaría a súa mañá de consultas doutro xeito pero as “necesidades do servizo” e a escaseza do tempo acaban masificando as súas consultas. Podería vir dúas veces por semana pero, non quere, en parte porque sabe que non faría máis que multiplicar a demanda.

O primeiro paciente é unha estudante repetidora de segundo de BUP⁷²⁹. É filla de solteira dun home casado con tres fillos. “Foi adoptada”, aínda que non legalmente, polo seu tío materno. Ela refírese a el como o seu pai. Vive coa súa nai na casa do tío coa súa esposa e os tres fillos do matrimonio ademais dos avós. Mantén relacións escasas coa súa nai, pois reside en Barcelona onde a paciente naceu. Cóntanos como hai dous anos a súa nai biolóxica sinalolle ao seu verdadeiro pai pola rúa para que ela o recoñecese. O pai biolóxico parece ser tamén de Río, pois a rapaza fai referencia a como éste indagou sobre ela a través dun coñecido. Chéganos, di Mauricio antes de que entre, recomendada pola Enfermeira do centro de saúde, coa que mantén unha relación de parentesco. Ao cabo dun anaco pídenos se pode entrar o noivo quen recorda mellor as crises. Mauricio faino entrar case ao final da consulta.

Presenta un cadro que Mauricio diagnostica como “Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso” e crise de ansiedade con somatizacións. Cóntanos que o seu noivo xa non sabe que facer, dubidando entre consolala ou deixala. Mauricio non toma partido, indicárame despois que quizais sería boa idea darlle un papel activo ao noivo. A paciente presenta pesadelos ao mesmo tempo que di ter moito medo ao rexeitamento do seu pai. Mauricio dille que tódolos problemas físicos (somatizacións) pasarán en pouco tempo, pero que a ansiedade tardará quizais un pouco máis. Dille que seguramente estará curada para o nadal, pero indícalle que debe ser máis independente do seu noivo. Ao entrar sinalara que atopabase peor porque as crises aumentaran. Mauricio proponlle unha cita co psicólogo. Chamarana para concertar unha cita con el. Ensináralle a “relaxarse”. Recéitalle unha pastillas indicándolle que non ten que tomaras pero que poden axudarlle.

O seu pai adoptivo esperaba por Mauricio á saída. Cando saímos a tomalo café a media mañá dialoga con el polos corredores do centro de saúde. Tanto ela como o seu pai parecen coincidir en non tomar demasiada medicación. A el dille que coinciden na consideración negativa dos excesos de medicación. Cando o pai vaise, Mauricio indícame a “facilidade” aparente para establecer diálogo con xente do “mesmo nivel cultural”. Indícame que eses casos onde hai entendemento, non aos rurais cunha linguaxe tradicional e unha conexión máis difícil, son aos que os médicos en xeral adoitan dedicar máis tempo, deixando os “difíciles” de lado. De volta no coche comentará con Marco o caso. Ambos os dous

⁷²⁹ A nomenclatura do sistema educativo cambiou tamén. Segundo do Bacharelato Unificado Polivalente (BUP) era o segundo curso de secundaria tras oito anos de primaria. Un curso máis e o Curso de Orientación Universitaria (COU) daban paso ás carreiras universitarias aos que non elixiran unha Formación Profesional de cinco anos de duración ou abandonaran xa o sistema educativo.

coinciden que nestes casos onde che deixan todo á interpretación son un perigo porque “cando che deixan podes encher o baleiro co que queiras”.

O segundo caso é unha muller de trinta e cinco anos cunha Depresión post parto. O seu marido é profesor de instituto, ela traballa como bedel no mesmo centro. Teñen un neno de sete anos e un bebé de cinco meses. Ela é filla de solteira, a súa nai casou despois. Di ter medo a criar o seu novo fillo. Relata como a súa vida sexual é sen apetito tras baixalle a regra. Ten relacións sexuais sempre a instancias do marido, utilizando cando pode a escusa da regra ou da súa depresión para evitalas relacións. Trátase, comenta Mauricio, dunha Depresión reactiva ante o novo rol de nai. Inclúe o cadro unha somatización na queixa: sensacións de mareo e os citados problemas da súa sexualidade. Cando entra na consulta parece drogada, Mauricio indícame despois que a medicación que receitoulle nunha visita anterior non debería provocar eses efectos tan visibles. Quizais, reflexiona despois, a demanda sexa económica. Pode que as dificultades de falar dos seus problemas psiquiátricos debanse a que estes non existan. Tal vez estea a iniciar unha carreira para conseguir unha invalidez, ou simplemente quere unha baixa laboral pola súa depresión. Acumulando informes e visitas ao psiquiatra na súa Historia, podería lograr unha pensión. O caso seguinte tamén lle levará a Mauricio a comentarios sobre a verdadeira demanda presentada polos usuarios, camuflada en moitos casos como psiquiátrica, pero motivada “realmente” por intereses puramente económicos.

Entra a continuación unha muller de sesenta e cinco anos. A labradora inicia a visita médica falando dos seus “problemas reumáticos” causantes tamén dos seus “problemas de nervios”. Mauricio sinala que ela está claramente negociando con el unha pensión, esa é a súa “demanda real”. Ten unhas mans curtidas, grandes, non parecen dunha muller. Relátanos como foi pasando por tódolos servizos de reumatismo da sanidade pública. Tras moitas probas en anos non lle atopan nada nos ósos, pero a enferma, di Mauricio, vén xa acostumada a falar dos seus problemas en termos físicos, somatizando as súas posibles afeccións psíquicas.

Ao dicir un nome un ancián de setenta e catro anos érguese da sala de espera e entra na “sala de reunións” acompañado da que presentase como a súa filla. Trátase de Evaristo, un labrador pensionista casado, coa filla vivindo na Casa familiar co seu marido e a súa neta. A súa filla de trinta anos sufriu unha depresión post parto e saúda a Mauricio ao entrar. Trátase dunha Demencia senil. Antes de entrar coméntame Mauricio o mal que está a levarse en Galicia esta problemática tan incitante para as familias. Evaristo presenta problemas de comportamento polas noites dende hai dez meses. Comezou a non controlar esfínteres e a perdela memoria. O médico de cabeceira sen solicitar ningunha exploración orgánica previa, remíteo a psiquiatría. Comeza a falar en castelán repetindo un discurso que parece traer memorizado. Engáñase no seu discurso ante unha pregunta sobre os seus males. Entón pasa ao galego relatando unha deformidade na perna tras un accidente sufrido con cinco anos. A súa filla toma entón a palabra, só interrompida por Mauricio cando lle pide cun xesto da man que permita falar ao seu pai. Este inicia un relato sobre a súa infancia que non remata. Mauricio aconséllalle un tratamento para aliviar as noites da familia. Vólvelles remitilo médico de cabeceira cun informe que escribe nese mesmo momento

solicitando análise e probas para determinala deterioración neurolóxica. Tras obter eses informes indícalle á filla que solicite vez á enfermeira, entón poderá aconsellarlles mellor.

Ernesto ten corenta e oito anos. Vén coa súa muller nunha visita para revisala medicación. Sofre dende hai tempo unha Depresión Maior. Retornou a Galicia tras pasar oito anos traballando en Inglaterra como limpiador. A parella vive cos seus dous fillos adolescentes na casa do sogro pensionista. Ernesto comezou sentir fortes dores de cabeza ata desmaiarse. Acode entón á psiquiatría privada de pagamento. Ingrésano aplicándolle unha serie de electroshockes sen outra anestesia que hipnóticos⁷³⁰. Danlle unha medicación antidepressiva que axudoulle pouco a pouco a recuperar a perda de memoria causada polo electroshocke. Acode á pública polo bo nome do servizo ofrecido por Mauricio, comenta a muller. Mauricio inténtalle cada vez rebaixala medicación, pero repítelle dous ou tres veces ao longo da consulta que el ten que esforzarse por saír e facer cousas. Ao longo da visita, Ernesto fala das súas doenzas psíquicas somatizando as súas dores, situándoos en sitios concretos do seu corpo. Mauricio coméntame ao saír o efecto placebo de moitas pastillas nestes casos onde a somatización predomina.

Ernestina ten setenta anos e entra na consulta co seu marido. Non falan case, entréganme unha folla cunha análise que eu copio para incorporar a súa Historia. Entréganlle a Mauricio un regalo; el recolleu e gardaoo baixo a mesa. Logo, coméntame como ambos os dous pasaron pola súa consulta privada. El facilitoulles unha cita neste servizo gratuíto preto da súa casa, o regalo é o seu “pagamento” polo favor. Mauricio pídemme que saia da consulta. Logo coméntame que se trata dun efecto secundario “dunha medicación anterior difícil de arranxar”.

Os nosos dous últimos casos pasan moito máis á présa. O primeiro é unha muller cunha síndrome depresiva maior. Vén porque non lle gustan as pastillas para durmir receitadas nunha visita anterior. Mauricio esténdelle unha receita gratuíta de pensionista e indícame como protestan por cousas “sen importancia”, aceptando sen dicir nin pío a mala asistencia sanitaria que sofren. O último caso da mañá é outra muller de setenta e oito anos cunha Depresión. Vive na Casa familiar co seu marido, o seu fillo, a súa nora e os fillos deste segundo matrimonio. Acode coa súa filla. Mauricio indícalle que pode traballar, que o único que non pode facer é quedar na cama. A muller presenta un aspecto moi avellentado. Cando saen tras cinco minutos de visita médica, Mauricio apúntame que, no fondo, hai un caso de “Histeria”, repite, difícilísimo de tratar.

Ao longo da mañá houbo outros casos dos que non puider tomar nota. Entre outros unha muller cunha embolia case muda con problemas depresivos, ninguén a quere tratar polo que Mauricio recorre a un informe que deben presentalos seus familiares ante un médico recomendado por el; unha rapaza con depresión e alcoholismo, etc.

Tras rematalas consultas Mauricio e Marta fai visitas domiciliarias. Seguen a evolución nos seus domicilios de tres demencias senís. Desprázanse no coche da enfermeira. Marco e eu esperamos nun café preto do Centro de Saúde. Marco coméntame un caso “precioso” dunha violación dunha nena de dez anos coa que estivo en terapia. Sen darme detalles no bar público le o xornal mentres eu escribo as

⁷³⁰ Xa en 1992 a aplicación do electroshocke era descrita na bibliografía como eficaz nas depresións que non responden a ningunha outra terapia, sempre con anestesia para minimizar efectos secundarios adversos. A historia desta medida terapéutica descríbese de forma pormenorizada en Shorter-Healy 2007; e nun caso concreto xa no século XXI en Wield 2006.

miñas notas no meu caderno. Tras unha hora de espera volven, saímos da cafetaría e iniciamos a volta á cidade onde chegamos ás tres e media da tarde. Todos parecen cansos e durante a media hora de traxecto ninguén fala moito.

Outubro 1992. Centro de Saúde de Argo⁷³¹: Centro médico.

Ás nove chegamos ao centro médico no núcleo urbano de Argo no coche de Mauricio tras unha hora de traxecto. Mira, unha nova médica MIR, acompáñanos no coche sen falar. En Argo as funcións da Enfermeira Marta realízanas a traballadora social Mina que vive nese concello e o bedel do Centro de Saúde. Non acode tampouco o psicólogo Marco quen recibe hoxe os seus pacientes na sede central da USM1.

O Centro de saúde de Argo está nunha esquina do núcleo urbano, rodeado de casas en construción e rúas repletas de soares de “inminente urbanización”. O Ambulatorio é un punto de encontro, ao entrar cruzámonos cun nutrido grupo de xente falando animadamente. Entramos directamente na consulta. Mentres atendemos pacientes nunha sala, Mira recibe un bo número de casos na sala do lado. O bedel do centro encárgase de ir chamándoos a medida que sae o último. Mauricio recibe principalmente xente maior, filtrados polo seu “interese antropolóxico” na zona.

Ernestina ten cincuenta anos. Mostra un claro cadro de Do, apúntame Mauricio antes da súa entrada. Presenta di, o típico conxunto de aparicións, sonos e visións do marido morto. Estas foron pouco a pouco remitindo. Citouna hoxe pola proximidade co día do cabo do ano. Nada máis sentar afirma atoparse mal, entrégalle un pequeno regalo que Mauricio acepta colocándoo detrás da mesa onde sentamos fronte a ela. Comeza consultando unha dor de costas da súa nai. Ernestina é a mellorada⁷³² da súa casa, e tras un anaco intercambiando consellos sobre a nai Mauricio logra centrala no seu problema. Escribe unha receita gratuíta e a cita para a próxima semana.

O seguinte caso é un rapaz novo en tratamento por alcoholismo. Tras sentar di non probar en absoluto o alcohol e atopase mellor. Fala pouco, respondendo en xeral con monosílabos. Mauricio pregúntalle polo seu traballo, pois estáselle a rematalo subsidio de desemprego. Respóndelle que non volverá emigrar a Suíza, buscará traballo aquí. O núcleo familiar está bastante deteriorado, cun pai e outro irmán tamén alcohólicos. Mauricio cóntame despois que hoxe foi a primeira vez que acode só a consulta, indicándome que nos casos de alcoholismo é importante a presenza de alguén responsable da medicación. O paciente sufriu unha re caída e as análises mostran un fallo hepático. Mauricio dille que necesita “convencelos” (á familia) da existencia dalgún problema orgánico, quizais así déixenlle quedar en Galicia. Cítao para dentro de dúas semanas.

Ernesto entra e senta. “Barreno moito”, di. Tras deixar por escrito as “partillas”⁷³³, “¿Que lle queda entón por facer a un?” Non quita da cabeza se faría ben as cousas: “O fillo que queda co casa: ¿sairá para diante con ela?” Pasa dos seus “barrenos” a describir dores nas costas, as pernas e a cadeira. A súa

⁷³¹ Nome ficticio.

⁷³² “Mellorada”: tradición galega de dar máis herdanza a un dos fillos/ás. Este queda coa casa, traendo a vivir ao seu esposo/a e recibe a maior parte das terras.

⁷³³ Tradición galega na que o pai de familia reparte en documentos semi-legais o seu patrimonio entre cada un dos seus fillos. Adoitaba haber en cada pobo, parroquia ou lugar unha persoa encargada de entregar, redactar e negociar as partillas. Estan son motivo de conflitos legais permanentes entre herdeiros de xeracións sucesivas pois baseanse en tradicións orais, e os documentos escritos (partillas) non teñen o referente legal formal dun notario ou avogado.

muller espéralle fóra, dinos. Mauricio explícalle un cambio na medicación. Vaille receitar unhas pastillas máis fortes, polo que, en vez de dúas pastillas só terá que tomar unha. Mauricio reflexiona tras saír Ernesto, do importante de darlle os pacientes cousas que recordar e coas que enganchar co psiquiatra: a medicación é a máis importante.

Evarista ten oitenta e un anos. Acode á consulta coa súa filla de solteira e o seu xenro. Todos conviven na casa propiedade de Evarista. Mauricio revisala Historia antes de que entren e infórmame. Trátase dunha Neurose depresiva antiga pero posiblemente estea a iniciarse unha Demencia Senil. Cando entran non usa estes nomes, fala de Brandura do cerebro, do corazón e un cansazo xeral do corpo. Durante toda a consulta Evarista ten un aspecto triste e choroso. Mauricio tómalle a tensión (tena baixa) e comprobalos seus reflexos. Adoita facer ambas as dúas exploracións especialmente cos pacientes máis anciáns, que, se Mauricio esquecese recórdanllo nalgún momento da consulta. En xeral é a filla quen falar, con escasas intervencións do marido. Cóntanos que Evarista non dorme moito polas noites, co que descansa durante o día. Reducelle a medicación e cita só a un deles para a próxima consulta. A filla relata a súa “peregrinación”⁷³⁴ psiquiátrica por distintos médicos “de pagamento”. Narrala historia, que lle contaron, dunha paciente á que o psiquiatra deulle tanta medicación que durmiuna para sempre. Está historia será logo motivo de bromas de Mauricio durante a pausa na que tomamos un café, pagado por un paciente, na cafetaría do Centro de Saúde. Comenta a contradición á que se enfronta cos enfermos maiores deteriorados por unha demencia. Se axudase demasiado con servizos sociais á familia pode que se potencie a deterioración ao non facer moverse aos anciáns. Pero non ten outra saída. Coas demencias hai que axudar a soportalo deterioro. A parella móstrase agradecida ao rematar, facendo unha pregunta rápida o marido sobre unha dor no costado antes de saír.

Ao abrirse a porta tras chamala paciente entra a esposa do neto da suposta enferma, Edelmira. Cóntanos que xa tiña cita a semana pasada, pero non quixo vir tampouco nesta ocasión. Trátase dun caso de Histeria cunha historia longa e truculenta. A paciente vive na súa casa co seu marido, un home de noventa anos sen ningún achaque. Este traballou toda a súa vida en Suíza de onde regresou tras a xubilación. Viven ambos os dous co seu neto que ela criou “por ser fillo de solteira”, a muller do neto e os dous fillos desta parella (bisnetos da paciente). Edelmira tivo sete fillos, dos cales un suicidouse e os restantes están todos traballando no estranxeiro. A esposa do neto relátanos o comportamento de Edelmira: pégase martelazos ata facerse sangue, désmaiase, berra polas noites cando todos descansan... Logo, nega todo ante o médico. A esposa do neto pasa a maior parte do tempo soa na casa coa parella de anciáns, pois o seu marido traballa co seu camiión facendo unha ruta por Europa. Quéixase de que “ninguén fai as cousas como debense facer”, as súas fillas teñen que ver e facer todo na casa, e o seu marido está sempre ausente. Mentres todo esto sucede, o marido de Edelmira pasa a maior parte do tempo no bar. Mauricio proponlle escribir un informe ao médico de medicina xeral aconsellándoo tome a medicación. Explícalle que non pode facer outra cousa ao non acudir Edelmira á consulta. Escribe un informe, asínao e entrégallelo nun sobre aberto. Nel explícalle ao médico (e ao núcleo familiar) que

⁷³⁴ Véxase máis adiante a descrición desta peregrinación ou carreira coa EMG.

Edelmira non ten nada, intentando unicamente chamala atención. Mauricio comenta ao rematar que en ocasións hai que diferenciar entre enfermidade e maldade, pois ás veces hai só maldade. Engade o ben que as diferenciaba no caso desta muller.

Preséntase Eva sen cita previa, aínda que é un caso coñecido. É unha muller de corenta anos. Mauricio denomina Histeria ao que padece esta muller, indicándome: “son un coñazo”. Eva sufriu unha caída, queimouse nunha man tras un desmaio. Di padecer problemas “de columna”. Mauricio recrimínalle: “non debes abusar dá medicación”. Fálle unhas receitas, despachándoa nun par de minutos. Para cortar a súa conversación Mauricio levántase no medio das súas frases, dálle a man indicándolle nunha tarxeta de cartón cál será a súa próxima cita.

Facemos unha pausa para un café. Atopámonos cun Traballar Social do centro de terceira idade do pobo, coñecido de Mauricio. Parece que o despediron tras tres anos. Apártanse de mi para falar en privado. Coméntame despois a política laboral inxusta que padecen. Tras tres anos de contrato como bolseiro en prácticas despídenos para contratar un novo por un soldo irrisorio.

Durante o resto da mañá pasan pola consulta outros dez casos. Sucédense en rápida sucesión sen unha duración de máis de dez minutos cada un. Varios deles son anciáns con demencias senís ou axustes rápidos da medicación. Unha muller cun intento de suicidio hai oito meses, que acode por primeira vez coa súa parella. Saio da consulta a petición de Mauricio pois van realizar unha “terapia”. Un home maior, alcohólico extremadamente deteriorado acode co seu irmán. Foi ao dentista para mellorar o seu aspecto. Dálles cita para dentro dun mes e ver entón a evolución. Unha muller maior cunha preocupación extrema por coller un catarro, unha neumonía ou unha infección. Mauricio denomina este caso como de hipocondriaca, recéitalle un par de cousas e despídea cun apertón de mans no medio do seu discurso sobre os virus.

Ao último caso dedícalle Mauricio máis tempo. Trátase de Eugenio, un home duns corenta anos cun delirio de persecución con “perigosidade e risco”. É testemuña de Xehová. Non para de falar de Deus e da xustiza. “Se a culpa é castigada, a súa muller serao. Serei o brazo executor”. Hai unha historia anterior de malos tratos á súa muller, pendente dunha sentenza do Xuíz. A súa esposa separouse legalmente del. Mauricio indícame que a xuíz deberíalles pedir información a eles. Logo engade que talvez a muller non utilizou a enfermidade mental do marido pola súa propia historia psiquiátrica, tamén nesta USM1. Eugenio quere virse a vivir a unha casa aquí, coa súa muller, para así poder velar con Deus pola súa filla. Na súa filla menor el ve a Deus, pero teme sexa pervertida. Por iso debe ocuparse dela. Mauricio faime fixarme en que Eugenio sempre coloca as culpas fóra de si mesmo, en Deus. Afirmar manterse ben grazas á Biblia e a Deus. Ante a ausencia dunha persoa responsable ao seu lado para vixiar a medicación, Mauricio dubida. Non pode darlle moita medicación porque non ten referencias externas para indicalo cal é a dose adecuada. Tampouco pode darlle moi pouca porque o delirio que presenta ten tinguaduras perigosas. Mauricio sinala que en Galicia non existe lexislación para xulgar por mala praxe un médico. Cando lle pregunto pola perigosidade e os riscos de caso como este, contéstame falando do perigo de suicidio: “porque nunca sabes realmente”. Estes casos, remata, son realmente unha “papeleta”.

Mauricio queda a comer no pobo, eu vólome con Mira. Ela tivo unha mañá chea de casos “duros”. Durante a hora do camiño de volta explícame como ten que construírse todo un conxunto de barreiras verbais para sobrevivir a todo o que escoitan na consulta.

Novembro 1992: cuarto estadillo.

Chego un pouco antes á unidade para falar con Mauricio. Dime que na próxima visita a Río mellor non acuda, pois teñen un día complicado con reunións cos médicos de medicina xeral. Quedamos non obstante para unha segunda visita durante toda a xornada a Argo.

Iníciase o estadillo comentando as distintas actividades durante a última semana. A secretaria fala de varios casos que sin ser “primeiras” deberían “falarse nese momento”. Estamos sentados ao redor dunha mesa: Mauricio, Marco, Mira, Marta, Mina e dúas alumnas en prácticas de psicoloxía.

Marco presenta o caso antigo de Eusebio, un homosexual cun novo intento de suicidio. Todos coinciden asentindo ante a afirmación de Marco do amaneiramento de Eusebio. Marco recoñece “abandonar un pouco este caso”. Habíao deixando como “caso con cita aberta”. O día da consulta atendeuno Mauricio pois Marco non se atopaba na Unidade nese momento. Toma entón a palabra Mauricio. A familia “puxérao a traballar” de peón de albanel. Eusebio odiaba o seu traballo pero non fora capaz de enfrontarse á familia. Unha fin de semana toma unhas pastillas nun intento de suicidio. Non se produce o efecto desexado pero se provoca a atención urxente de toda a súa familia. Eusebio confesa entón ante eles a súa homosexualidade. Cada un reacciona de forma diferente. O pai relatando como “estes casos solucionábanse antes cun bo matrimonio”. A nai cunha gran comprensión e apoio. Tralo paso polo seu médico danlle a baixa laboral. Mauricio considera o intento de suicidio unha “mera chamada de atención”. Atopa a proba evidente no feito de que Eusebio non tivese que acudir a Urxencias no Clínico. Propón un diagnóstico de Trastorno reactivo do carácter. Marco di que este é un “caso bonito”. Mauricio respóndelle que está farto dos “seus casos bonitos”, indicándolle a continuación: “falas demasiado”. Marco contéstalle que el ten o seu couto de caza privado en Argo, considerando todo o demais de pouca importancia. Mauricio cambia rapidamente de tema para reflexionar sobre o concepto de Alta Médica. Explica entón a importancia de facer unha boa tramitación burocrática.

Mauricio presenta ante o grupo o caso de Eugenio, o paranoico testemuña de Jehová que atendemos o día anterior en Argo. Chámao “delirio divino”. Comentalo seu carácter de caso con risco. Reparte o traballo: un informe a remitir da visita domiciliaria que fixeran Marta e Marco con anterioridade, avisar servizos sociais... Marta indícalle que a “visita domiciliaria” consistiu realmente nunha conversación con Eugenio durante dous minutos no portal da súa casa. Mauricio contesta explicando que toda “intervención” é importante. Por moi breve ou curta que esta poida ser, podería sempre resultar decisiva. Fai entón mención dun “descompensado” paciente da unidade que o outro día montou un guirigay en urxencias. Di ter medo a equivocarse.

Entabóase entón un pequeno diálogo sobre o grupo de axuda ao alcoholismo co que colaboran nun municipio próximo á cidade. Marta e Marco quéixanse de que os casos que lles chegan atopanse xa extremadamente deteriorados. Pouco poden intervir ou axudar. Contan como traballa a persoa

responsable de formar o grupo de ex alcohólicos. Parécelles céntrase demasiado no seu voluntarismo, sen verlle demasiado futuro a todo o asunto. Marta dúbida da formación desta persoa e ela non logrou atopar bibliografía onde agarrarse. Mauricio indícalle que logo lle bota un cabo.

Mauricio di entón pasarlle un caso novo, unha “primeira”, a Marco. Trátase dun caso “virxe psiquiátricamente falando”. Chegoulle moi recomendado. Fala moito, así que “che gustará”. Parece unha desestruturación ante a experiencia da mili e, problemas no traballo. Parécelle que “xa está resolto”, pero Mauricio sospeita un “problema neurótico de fondo”. Indícalle a Marco que fagalle unha terapia breve, pois se logra non afondar moito no caso, sera un “chollo”.

Póñense de acordo sobre quen acudirá á Sesión Clínica das USM1 de toda Galicia que terá lugar o próximo xoves. Tras un par de bromas e asignar a Marco a asistencia a ese encontro, comezala presentación das “primeiras”. Mira expón catro, tres delas de forma breve.

Primeiro, unha muller de setenta e catro anos de Argo cunha queixa dun tremor na man remitida polo seu médico de cabeceira. Mira indica que está pendente de revisión neurolóxica para descartar calquera problema “orgánico”. Mauricio indícalle que realmente a súa técnica mellora, pero segue tendo problemas co “manexo burocrático”. O seu segundo caso de Argo é un rapaz de trinta anos cun problema claro de ansiedade dende hai tres anos, alcoholismo e un atraso mental acusado. Por isto último conseguiu unha pensión, o cal Mira atopa importante. Sinala a continuación como recibe moitos casos de alcoholismo remitidos dende Medicina Xeral. Dende hai un mes, coincidindo coa morte do seu pai, deixou de beber. Ten un trastorno da conduta cunha depresión, ambos os dous difíciles de valorar pois o paciente non se presenta cunha “queixa” concreta. O seu seguinte caso é un home de cincuenta anos cunha historia psiquiátrica antiga. Percorreu diversos psiquiátricos durante os últimos trinta anos. Estivo internado en Brasil onde o perseguiron por homosexualidade. Ten moita ansiedade e angustia, expresándose cunha linguaxe rica en termos psiquiátricos. Leva xa dez anos coa mesma sintomatoloxía. Mira pídlle, tras escribirlle unha receita dun ansiolítico, acuda á seguinte cita coa súa muller pois tense queixando dela durante a consulta. Diagnostícao tras este breve resumo de Trastorno Distímico⁷³⁵. Ninguén di nada polo que pasa ao seu seguinte caso.

Pedro ten vinte e nove anos. Preséntase na consulta de Argo a semana pasada cunha reacción á súa medicación con *Anafranil*⁷³⁶. Inxeriu unha única pastilla e “plaf!” Describe fortes dores de estómago e moita ansiedade. Leva xa dous anos a tratamento con outras pastillas sen referir ningún problema. Durante anos percorreu moitos médicos por un “problema de próstata” ata atopar un “moi bo”. Fíxoo unha placa. Díxolle entón que non tiña nada. Dende aquel momento acudiu a un psiquiatra privado. Este deulle o *Anafranil*. Pedro está casado dende hai tres anos e bota moito de menos a súa muller cando está a traballar. Mira sinala ao paciente con “doutra idade”. Propón un diagnóstico de Trastorno Depresivo Ansioso. Mauricio observa que Mira receitou unha dose alta. Apunta que neste caso a medicación funciona de Placebo. O paciente quere “engancharse” de aí que fale tanto da reacción adversa á medicación e que fale tanto da súa muller. Mira apunta entón que citou a próxima vez a Pedro coa súa

⁷³⁵ Trastorno do humor crónico depresivo leve, ten baixa autoestima e cun estado de ánimo melancólico, triste e apesadumbrado. Distínguese por non ter, o enfermo, tódolos síntomas dunha Depresión. Recoñecido no CIE, pero non no DSM

⁷³⁶ Antidepressivo tricíclico con lixeira acción ansiolítica e moderados efectos anticolinéxicos.

muller tras cambiárlle as pastillas. Mauricio puntualiza que debese ter coidado de “recoller pacientes que non son pacientes”.

Marta presenta dous casos que viu con Marco. Primeiro unha estudante de vinte e dous anos filla de emigrantes. Ela mesma solicitou cita cun psicólogo. Relata suspender todo terceiro aínda que ata entón lle fora ben. Relata abusos do seu irmán aos cinco anos e ter hai pouco relacións sexuais porque coa súa idade “xa era hora”. Mauricio apunta o carácter “normativo” das conversacións sobre sexo con mozos. Hai que entresacarlles os matices, di, as connotacións cos problemas psiquiátricos que poidan subxacer sen impoñer a propia visión do normal.

Unha muller de corenta anos solicitou consulta por unha Depresión Ansiosa. Casou aos dezasete anos e agora está separada con tres fillos, dous dos cales viven con ela. Traballa aínda que non lle gusta nada o ambiente. A súa depresión comezou aos vinte e cinco anos pero ultimamente foise agudizada. Comezou a estudar pola súa conta tras a recente separación. Sentíase como un obxecto na súa relación. Padece, di Marta, unha Depresión Reactiva Leve. Mauricio apunta que debe haber “moito máis por debaixo”. Débese buscar un “enganche” que ela acepte para unha boa relación e servirlle así de axuda.

Unha das psicólogas en práctica presenta un caso coa axuda de Marco. Unha rapaza de vinte e dous anos. A psicóloga salta dun tema a outro sen un claro fío condutor: fracaso nos estudos, moitas relacións esporádicas que ela rompe, problemas cos pais por medo ao fracaso. Mauricio pregunta cál é a súa hipótese de traballo. Ante os poucos datos presentados aconséllalle realizar un test para ter “algo obxectivo co que a enganchar”. Mirando a Marco recórdalle que hai que esquecer a propia personalidade para centrarse na do paciente, “escoitalo de verdade” e engancharlo na súa demanda.

Mauricio presenta tres dos casos que vimos xuntos en Argo a semana pasada. Unha demencia senil con problemas depresivos, o caso presentado pola esposa do neto da paciente e un hipocondriaco con medo a ter a SIDA por unha picada no ambulatorio (este caso viuño Mauricio pola tarde cando eu volvera con Mira). Di que tratase dun caso que lle pasará a Marco porque é un problema neurótico con moita capacidade verbal.

Marta finalizala reunión cun caso que non remitiu a ninguén por non ser propiamente da unidade. Trátase dun vagabundo escapado dun psiquiátrico de Madrid de onde escapou seguindo unha muller. Marta relata as súas xestións. Primeiro falou con Servizos Sociais do Concello da cidade para que paguen o regreso a Madrid. Despois falou co centro de Madrid que reacepta ao paciente a pesar de atoparse saturado. Marta di sorprenderse coa Historia que lle relataron en Madrid. Trátase dun psicótico valenciano que percorreuxe xa a maior parte dos hospitais da península. Mauricio apunta unha “síndrome de consumismo psiquiátrico”. Revisa unha e outra vez a carpeta que Marta puxo sobre a mesa. Remata recomendado unha “alta” sen diagnóstico psiquiátrico porque podería ser calquera cousa. Erguémonos e saímos todos da unidade ás tres e dez da tarde.

Decembro 1992. Centro de Saúde de Argo: Centro médico e visita domiciliaria⁷³⁷.

Imos catro no coche da Asistentista social Mina: Mauricio, Mira e eu. Chegamos ao Centro de Saúde ás nove e media. Na entrada e corredores hai unha grande cantidade de xente falando, escoito varias conversacións sobre enterros e funerais mentres nos diriximos cara á consulta. Hoxe redactei a maior parte de recéitas, facendo pasar aos pacientes citados tras dicilos seus nomes no umbral da porta. En dous casos, dúas mulleres, pídeme salga fóra por unha “terapia”. Indícame que en ambos os dous casos non cre que toleren, para abrirse, a alguén exterior á relación médica. Cando preguntolle que é “terapia”, contéstame que pode ser de diferentes tipos. Basicamente serven para indagar en profundidade os avances do tratamento. Ás veces non funciona, di. Adóitaas facer máis ben na cidade porque establececese máis doadamente unha relación de “transferencia” co paciente. Explícame que isto consiste nunha relación de amor / odio co terapeuta que nalgúns casos resulta recomendable. Atendemos dez casos pola mañá cunha pausa a media mañá (nun café próximo onde temos os cafés pagados de novo por un paciente anónimo), unha visita domiciliaria trala comida e outros cinco casos pola tarde.

O noso primeiro caso presentáenos un caso xa antigo de Ansiedade. Trátase dunha muller maior que responde á pregunta de como está: “Na miña vida estiven millor”. Quéixase de certa acidez no estómago. Ao non haber ningunha queixa Mauricio levántase no medio dunha frase da muller, dálle a man ao mesmo tempo que lle dá cita para dentro de seis meses. O segundo caso é tamén unha muller que vén falar do seu marido sen unha cita previa. Cóntanos que se por el fose estaría todo o día tombado na cama. El quería ir a un médico, cita o nome dun especialista da capital provincial, pero ela ten moita confianza en Dona Matilde, unha médica de cabeceira con moitos anos de práctica en Argo. O problema é que agora Dona Matilde traballa noutro sitio, por iso acode a Mauricio. Este indícalle que debe de pedir de novo o traslado do expediente. Logo, explícame que tratase dun esquizofrénico coñecido xa da unidade. Ela promete traelo enganado a unha cita que concertan para dentro de quince días ao mesmo tempo que queixase das dificultades para convivir con el.

Entra na consulta Emilia coa súa filla. É unha muller de sesenta e nove anos cunha Depresión. Fala do seu cansazo dende hai dous anos. Percorreu diferentes médicos cando comezou perder a visión dun ollo. Emilia di que perdeu nove quilos, agora pesa corenta. A filla di que non se trata de nada en particular. Mauricio explícalles que o tratamento que lles receita tardará en facer efecto, porque tras dous anos de depresión, explica, o corpo acostumouse xa a certas rutinas. Cítaas para dentro dun par de semanas e avaliar como vai a cousa.

O seguinte caso é unha das terapias. Entro despois cunha muller maior á que Mauricio “axustalle” a medicación en cinco minutos, fixando a seguinte cita para dentro de tres meses. Entra entón un home cunha Síndrome de Ansiedade. É fontaneiro, di non poder facer nada. En canto emprende algo novo, “paralizase”. Fala un bo anaco sen que Mauricio o interrompa. Nun momento dado parece bloquearse. Mauricio aproveita para falarlle de que debe tratar de detectar cal é o seu “espertador da ansiedade”.

⁷³⁷ As notas son dos meus cadernos do desprazamento a Argo dese día e das tomadas coas Historias consultadas na USM1 ao día seguinte

Tras reflexionar un pouco di que quizais o seu “espertador” sexa un tremor no costado. Recéitalle unhas pastillas e sae. Coméntame o seu mal prognóstico por tratase dun obsesivo cunha neurose hipocondriaca.

Facemos unha pausa para un café. Á volta recibimos un alcohólico grave con *delirium tremens*. Durante anos rexentou un bar en Ávila vivindo só. Non bebe polo medo ao que poida pasarlle. Busca unha pensión tamén pola súa coxeira. O seguinte caso tamén é un alcohólico. É un home maior obeso. Quéixase de perder prestixio ao deixar de beber. O alcohol dáalle forza para facer cousas e enfrontarse ao mundo. Pídelle a Mauricio receitas e que lle tome a tensión. O psiquiatra fai ambas as dúas cousas recordándolle que para elas debe acudir á consulta de medicina xeral. Outro caso de alcoholismo dunha longa evolución é o seguinte. Nada máis sentar nos di: “Estou ben fora, mal na casa”. Ten problemas coa próstata que non rematan de operarlle. Mauricio recoméndalle aceleralo proceso acudindo por urxencias. Tras axustala medicación, el pretende darlle diñeiro que Mauricio rexeita. Nada máis saír entra unha muller cun tarro de mel. O último caso da mañá é un vello psicótico cun tratamento receitado de *Haloperidol*⁷³⁸ polo médico de urxencias tras unha crise. Ao responder á pregunta de como vai, di: “Ben dentro do que temos”. Mauricio remata rápido con el cambiándoo de novo á medicación que leva anos tomando. Recórdalle que non pode deixar de tomala. Saímos para atoparnos con Mira e imos comer a un restaurante local.

Ás tres e media atopámonos con Mari, a Traballadora Social do Concello de Argo. Solicitou unha visita domiciliar a dous esquizofrénicos “cronificados”. No mesmo coche imos con Mira e Mina. Imos ver aos “Tonechos”⁷³⁹. Desprazámonos durante vinte minutos ata chegar a un conxunto de casas illadas tras deixar a pista asfaltada e conducir por unha de terra. Deixamos o coche e baixamos en grupo camiñando entre barro e merda de vaca. Espéranos, sentado na escaleira dunha casa cunha cuberta desgastada de cemento sen pintar, Ernesto, un dos Tonechos. Ten trinta e cinco anos, e está visiblemente “nervioso” ante a nosa presenza. Mauricio comenta ao grupo mentres nos achegamos a el que esta mañá o viu no pobo. Di que fai os sete quilómetros que separan a súa casa do núcleo urbano do pobo unhas dous ou tres veces ao día, ida e volta, sempre a pío.

Entro con Mauricio e Ernesto na casa. A sucidade do chan fai que peguense as solas dos zapatos. Non hai luz, todo está repleto de caixas baleiras tiradas aparentemente sen orde e mobles rotos. Saímos de novo á entrada onde esperamola chegada da traballadora social Mari. Ernesto estivo internado nunha ocasión. Teme vólvano encerrar. Por iso, viviu co seu tío na casa situada en fronte, contalle a Mauricio. Fala co psiquiatra sen miralo aos ollos, con temor. Na súa historia figuran os seus datos. Cobra unha pensión non contributiva e van tódolos días ao pobo a comer, na casa é imposible cocinar. Estivo a estudar internado en Coruña ata comezar a ter síntomas de esquizofrenia. É fillo dunha esquizofrénica cunha longa carreira de diagnósticos e ingresos anotados na súa Historia: esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia paranoide crónica, psicose esquizofrénica paranoide crónica, esquizofrenia residual con problemática social, son algúns dos anotados nas follas da súa Historia

⁷³⁸ Antipsicótico común de fortes efectos.

⁷³⁹ Todo o mundo os coñece na comarca con este alcume. Uso, por suposto, un alcume ficticio (sacado dun coñecido programa de humor da televisión autonómica). Non comeza por “E” ou “P” por non existir na USM1 ningún diagnóstico psiquiátrico asociado ao patriarca actual do “clan”.

Clínica. As hospitalizacións repetíronse sempre cun mesmo esquema: melloría no hospital, alta e recaída tras abandonala medicación. Durante anos viviu vagabundeando en Coruña, entre as rúas e o Hospital de día. Mauricio indícame que unha vez que collen hábitos de vagabundeo resultalles difícil abandonalos. De cando en vez volvía ao fogar en Argo. Traballou tamén na construción e nunha froitaría no pobo. Dille a Mauricio que non consegue traballo porque ten pinta de parado. Dialoga con el sobre o seu estado de ánimo, mentres as dúas asistentas sociais entran e pasean polo interior da casa. Ernesto móstrase nervioso sen concentrarse na conversación con Mauricio, pendente das dúas asistentas sociais. Cando saen afastámonos del para achegarnos ao grupo de construcións próximo. O tío de Ernesto, Tonecho vive alí.

Mauricio inicia unha conversación con Tonecho e a súa filla (emigrante retornada de Suíza) diante dunha corte sen portas mal coidada e sucia. Mentres fala Mauricio non para de moverse observando tódolos edificios circundantes. Falan do estado de dúas mulleres con esquizofrenia da casa. Elas son a razón da nosa visita.

Eulalia dos Tonechos ten cincuenta anos, é tía de Ernesto, e irmá de Tonecho. Hai pouco estivo ingresada. Tonecho cóntalle a Mauricio que as medicinas coas que volveu a “encartaban”. Decidiu entón baixala dose e polo menos agora está esperta facendo cousas. Chega nese momento cun grupo de vacas. O diagnóstico que figura na súa Historia é de Esquizofrenia Paranoide Cronificada. Tonecho tramitoulle unha pensión de orfandade, di que por iso foi o seu último ingreso, polos informes que necesitaba. Mauricio comenta despois que se xuntan dous ou tres pensións unha Casa, pode sobrevivir na “tradicional economía de subsistencia”. Tonecho quere tramitar outra pensión para a outra irmá. Dille a Mauricio que segue igual. Mauricio dime ao afastarnos que decidiu non subir a vela directamente, como fixera ao entrar na casa de Ernesto, por non “humillalos”.

Eugenia, a outra irmá do clan, ten a parte inferior dunha perna pegada ao glúteo, anquilosada. Finalmente entrámola a ver nun cuarto que durante moitos anos foi a súa Cella doméstica. Un pequeno espazo ao fondo da corte sen calefacción e chan de terra. Unha ventá aberta con barrotes deixaba entrar o aire. No chan hai un colchón sucio sobre o que descansa Eugenia. Ten agora cincuenta e nove anos. Non responde aparentemente a ningún estímulo aínda que Mauricio dime que cando morreu a nai, recentemente, chorou. Vive nese cuarto hoxe aberto sen ningún mobiliario. Non pode moverse e está sentada sobre o colchón cun vestido cheo de manchas. Ambas as dúas irmás padecen dende hai máis de trinta anos esta situación, aínda que Eugenia pasou boa parte da súa vida adulta encerrada polo patriarca dos Tonecho nesta Cella Doméstica.

O pai dos tres presentes, hoxe xa falecido, encerrábaas ás dúas durante longas tempadas sen deixalas saír ao exterior. Eugenia é ademais a nai “solteira” de Ernesto. Eran nove irmáns, oito dos cales presentan hoxe problemas psiquiátricos graves, o noveno suicidouse. Mauricio coméntame que seguramente é algo xenético. Tamén me di que pouco é o que podese facer nestes casos, salvo mover aos servizos sociais. Despois de visitar a Eugenia, saímos e cruzámonos de novo con Eulalia, que cunha vara na man volve da corte. Mauricio dille a Tonecho que volverá en seis meses, pero que se sucede calquera cambio non dubide en pegarlles unha telefonada.

Durante o camiño de regreso, Mauricio dáme algúns datos máis. Os veciños dos Tonecho dicían que as irmás eran homes lobos, seguramente polos berros que escoitaban cando algunha delas estaba en crise. Mauricio sospeita relacións incestuosas do patriarca da casa coas súas fillas. Dime que o manicomio só utilizan cando necesitan buscar novos recursos para a Casa. Antes arranaxábanse coa retención na Cela. Cando as forzas e a vellez do enfermo o permiten, e póneno nos servizos de asistencia pública para forzala pensión. Nalgúns casos o Manicomio pode ser unha boa terapia para rompelos lazos sociais que alimentan a propia loucura.

Volvemos en coche ao Centro de saúde mentres as Traballadoras sociais comentan como mellorou a situación e o aspecto das dúas irmás⁷⁴⁰. Póñense de acordo para tramitar unha axuda doméstica no concello. Mauricio volve á consulta onde primeiro realiza unha terapia cunha muller mentres espero fose observando aos pacientes. A segunda consulta é unha muller de corenta anos cunha Depresión Psicóxena que presentou problemas por un abandono da medicación. Di ir ben salvo á hora de durmir, que non pode eliminala pastilla. Mauricio corríxeo cando di que leva un ano así indicándolle que, con el, xa leva dous anos. Tras receitalle a mesma medicación que abandonou, recordándolle que non pode deixala pola súa conta, dálle cita para dentro dunha semana. Cando sale Mauricio indícame que o problema quizais venga dunha mala praxe inicial de fai xa oito anos.

A seguinte consulta é o xenro dunha demencia senil que vimos a semana pasada. Parece que a medicación non lle vai ben. Mauricio cámbialle a medicación e o xenro volve preguntar polos seus propios problemas físicos. Resolve rapidamente un caso tamén da semana anterior. Hoxe acode a enferma coa súa filla queixándose. Mauricio coméntame o custoso do rol de enfermo, pode ser rendible tamén, pero non deixa de ter os seus custos persoais. Parece realmente buscar informes psiquiátricos para poder obter unha pensión en Suíza. Mauricio dime, tras entregarlles o informe, que estes casos de histeria son, un “paquete” insufrible, pero “hai que axudarlles”. O último caso que vemos é un problema de ansiedade. Mauricio explícalle como debe comezar a deixala medicación pouco a pouco para rematar tomándoa só cando a necesite e prevexa un ataque. Saímos xa de noite de volta tras recoller a Mira ao remata as súas propias consultas. No coche intenta definirme a ansiedade. Di é unha sensación persoal difícil de medir e definir. Pode chegar a agravarse e converterse nunha enfermidade ou nun síntoma. Como tódolos sentimentos, din, pois Mira uniuse á explicación, é complicado cuantificala, medila ou categorizala.

Decembro 1992: quinto estadillo.

O administrativo fai o relato de casos e das actividades da semana. Deixa as carpetas coas historias sobre a mesa e sae. Marco asistiu a unha reunión sobre menores e Mauricio a unha con representantes de tódalas USM1 de Galicia convocados polo Director de Saúde Mental da Xunta. Mauricio resume con ironía o “punto de vista da administración”: todo vai ben non hai grandes problemas que solucionar, estamos por enriba da media europea de calidade no tempo de consultas (vinte minutos), as medias de formación, etc. Remata aludindo a unha reunión “clandestina” á que asistirá en Lugo. Ademais dos

⁷⁴⁰ Non podo deixar de incluír aquí unha observación persoal. Recordo neste momento pensar: “¿Cómo debía ser antes para ser peor?”

citados están Mira (MIR), Marta (enfermeira), Mina (Traballadora Social) sumando un total de sete. Tocan uns cantos temas de organización interna (vacacións, permisos,...) para inmediatamente comezala presentación dos casos novos ou primeiras.

Marco fala dun caso dun rapaz novo remitido por medicina xeral cun problema de erección nas relacións sexuais. Marco califica de machista a formulación do médico de cabeceira, así como, que debe de haber “algo máis gordo por debaixo”. Na adolescencia apréndese tamén a base de erros no sexo, co tempo todo acabase manexando. Mauricio sinálame que eles ocupanse sobre todo de “neuroses”, que os asuntos gordos, as “psicoses” están nos Hospitais. O pai non axudouno cando o paciente tentou falar con el. Marco propón non darlle demasiada importancia cando Mauricio proponlle exploración do urólogo coa intención de que vexa fisicamente os seus xenitais como normais e romper coa “castración psicolóxica”. Marco di que como é a “primeira” deste caso necesitará máis tempo para completala Historia. Pasa enseguida ao seu segundo caso. Unha rapaza con episodios de comer obsesivo, angustia e inxestas. Parece unha Anorexia cun intento de suicidio hai dous anos. Marco non ten claro o caso. Sospeita existe un problema maior oculto nestes episodios que serían formas de imitación. Mauricio formula unha dúbida: se é unha obsesiva, ou polo contra unha histérica. Reflexiona a continuación que hai que ter coidado porque o prognóstico, o tratamento, e sobre todo a medicación, son diferentes.

O último caso do psicólogo é da súa consulta da semana pasada en Argo. Preséntao unha psicóloga en prácticas que dubida moito falando, logo apuntará Mauricio, máis do que percibiu da paciente que da súa patoloxía ou dunha hipótese de diagnóstico. Eva é unha muller casada cun viúvo. Volveu de Suíza tras unha ruptura co seu noivo. Xa en Argo entabooou relacións cun viúvo con dous fillos co que rematou cansándose. Eva ten medo de que o seu marido xa non a queira. Necesita, di, ter un fillo del. Os seus fillastros quéréna a ela, repite, máis que ao seu pai, pero presenta unha clara angustia ao relatar como na Casa (os familiares do seu marido) falan e poñen “nun altar” a primeira muller. Eva relata ademais o seu medo á vixilancia do seu antigo noivo. Vixíaa para raptala. Mauricio dille que o como escollese presentar un caso, non é nunca algo arbitrario. Entón, confirma o diagnóstico pero engade que cre que se trata dun castigo dun curandeiro local por rompelas normas. Mauricio di que a paciente negouse a acudir ao curandeiro, pero el pasou polo bar. No bar estaba o curandeiro e Eva recoñeceuno.

Mira presenta un caso dun internamento dun paciente que pasara pola consulta dous ou tres días antes. Onte estaba aínda en Conxo tras dous ou tres días no Clínico. Pronto daríanlle de alta e pasaríanlle de novo pola consulta. Trátase dun varón cun Trastorno Bipolar que na consulta parecía supeditado á súa muller. Tivo Miro dificultades para diagnosticalo e falar con el. Miro dubida e dí que quizais debía medicalo máis para previla crise. Mauricio sinala entón que a etiqueta diagnóstica serve para facer diferentes prognósticos, e que se tivo dificultades nese sentido, é normal que fose conservador coa medicación. O psicólogo da Unidade, Miro, di entón que ante unha psicopatoloxía grave só cabe unha resposta terapéutica: “medicación forte sen dudar”. Mauricio respóndelle que esa é a resposta “típica dos psicólogos ante os trastornos graves”. Senten, engade, un respecto pseudo místico polos psicofármacos. Mirando a Miro indícalle: “creo que o desencadenante da crise foi exterior”. O comportamento descrito na Historia remitida polo Clínico non concorda cunha fase maniaca típica. Pode

que se trate dun trastorno Bipolar Atípico, consultando o DSM III. Lendo di: debe de ter un período mínimo de dúas semanas pero adoita levar consigo axentes externos desencadeantes e son, engade, dun diagnóstico extremadamente difícil.

Mira presenta unha muller de sesenta anos con problemas de insomnio e dores forte de cabeza dende hai quince anos. Probou con diferentes médicos privados, acode agora á Unidade en Argo porque faláronlle ben dela. Mira di que a muller presenta “máis ben unha actitude de enfermidade que un síntoma claro”, e engade, quizais hai que darlle tempo para que “traballe o síntoma”. Parécelle estar a buscar obter unha pensión, explorando o terreo para conseguila. Presentouse co marido que falou máis ca ela. Mira remata repetindo que debe deixarlle centralo seu síntoma á paciente.

Mira fala entón da visita domiciliaria doutro día. Son, di, dúas mulleres con Esquizofrenia: unha esquizofrenia con curso continuo e outra esquizofrenia residual de cincuenta e cinco e cincuenta e nove anos respectivamente. Viven co seu irmán solteiro cunha pensión dunha delas, aínda que parece estar á caza dunha segunda fonte de ingresos. A traballadora social do Concello de Argo “detectou o caso” e concertou a visita coa Unidade. O irmán non parecía feliz de velos por alí. Unha das irmás está moi deteriorada, di Mira. Non parece que tomen de forma continuada os tratamentos e as súas estancias nos diferentes manicomios parecen deterioralas bastante. Viven nun ámbito “moi deprimido”, traballando “cando lles apetece”. Mauricio contradí a hipótese de Mira de que o manicomio deteriora e afirma: “a psicose deteriora, sexa cal sexa o tratamento”. Entón engade datos sobre o terceiro esquizofrénico do grupo. Reflexiona sobre o rol de mendigo vagabundo que ten asumido. Nos pobos teñen un oco para eles, o problema aparecería se houbese máis dun. Finaliza indicando o pouco que eles poden facer nestes casos.

Marta expón outro caso dunha rapaza estudante de periodismo cunha clara Anorexia. Estivo en Coruña nun privado cunha “terapia psicolóxica directiva”. Parecía descompensada na consulta e Marta comezou cunha terapia de relaxación. Mauricio indícalle o acertado da súa elección, pero engade que a relaxación debe ser neste caso unha manobra para o “achegamento terapéutico”. Mauricio dille que é un caso “brando” pero seguro que aparecen cousas maiores nunha análise profunda. Ante os casos mal definidos pódense facer dúas cousas para deixalos “ben atados”, reflexiona. Hai que facerlle ver que damoslle importancia ao problema, por se no futuro o elaboran, mellor. O primeiro que podese facer é pedirlle se presente na seguinte ocasión coa familia posto que requirese unha maior indagación. A segunda opción é darlle un informe para o médico de cabeceira de tal maneira que o paciente o poida ler. Nel habemos deixar claro que vemos un problema de elaboración pero con certo “risco”. Deste xeito deixámoslles a porta aberta, pero de paso estamolles mandando unha mensaxe aos outros servizos: “¡que coño nos estades a mandar!”

Marta explica o caso dun adolescente de Río, recollido “por ser fillo do alcalde”. Presenta problema de adaptación con angustia dende o final da secundaria. Mauricio dille que non pode menear moito este caso porque el xa atendeu algo, na súa consulta privada na cidade, desa familia no pasado. Sospeita “patoloxía da parella”. Logo apunta que quizais haxa demasiados problemas con adolescentes no pobo. Hai que falar co instituto e dar algunha charla.

Mauricio presenta un caso que viu cun estudante de psicoloxía en prácticas (este chegou tarde ao estadillo achegando algún detalle durante a exposición). Edu é un home de sesenta e dous anos. Emigrou a América, retornou e agora está no paro. Quéixase de pesadelos e da proximidade da morte. Sospeita de “feitizaría”, tenlle medo aos veciños. Di que en América viu a eficacia destas cousas. Quere acudir a un curandeiro e como non sabe a onde ir acode á consulta a pedir información. Mauricio di que pode ser unha Demencia Senil comezando. Recéitalle unhas pastillas para a ansiedade e entrégalle a dirección de dous curandeiros locais.

O seu segundo caso é unha muller de setenta anos de Argo. Mauricio preséntaa como “un reactivo fronte á invalidez física da súa cegueira”. Engade que non veu unha “queixa estruturada”. Despois fala dunha parella que lles chegou recomendada á Unidade na cidade. Parece ter problemas de comunicación. Vaina tratar Mauricio e Marco xuntos cunha terapia “sistémica”. Mauricio sinala que sentese identificado co home polo que a empatía funciona ben. Marco traballará coa muller “histórica”, di Mauricio, mirándoo desafiante.

Complexidade interdisciplinar.

A complexidade na que se traballa en cada Unidade de Saude Mental en Galicia é alta como se puido comprobar co exemplo que acabamos de describir. Imos sinalar a continuación algúns dos elementos fundamentais que compoñen esta complexidade, centrándonos especialmente nas distincións coas que se observa, comunica e xestiona a EMG. Sumásense así ás xa analizadas en capítulos anteriores.

6.A.

O primeiro que chama a atención é dous tipos de patoloxías que reciben e distinguen nesta unidade. Ambas as dúas non coinciden exactamente coas EMG sinaladas. Por un lado temos enfermidades propias da vellez, son todo tipo de Demencias e Alzheimer. Por outro lado na unidade trátanse unha boa cantidade de problemas relacionados co alcoholismo. Un das críticas permanentes compartidas por tódolos membros da unidade é a súa saturación. Sinalan a estes dous tipos de patoloxías como as culpables, entre outras, deste “reboamento”. A súa observación vai encamiñada á necesidade de “educar” aos outros recursos asistenciais existentes, especialmente aos médicos de familia ou de medicina xeral para que non lles “deriven” este tipo de problemas. Unha observación permanente na USM1 é a ampliación da demanda cada vez que crease unha nova oferta asistencial. A resposta é sempre a necesidade de educar, de facer compatible as distincións propias dos especialistas coas dos usuarios e sobre todo coas doutros servizos.

Se nas consultas rurais, a USM1 satúrase polos problemas xeriatricos e de alcoholismo, na consulta urbana coa poboación desprazada a quexa é polos problemas neuróticos e sexuais. Nos dous tipos de “saturación” a distinción implícita, o lado opoca, é a constatación de non ser “ese” o seu verdadeiro traballo. Implicitamente defínese o seu “traballo” como o propiamente psiquiátricos: esquizofrenias, deliros, é dicir, as patoloxías graves.

Relacionado con isto, un segundo elemento que imos destacar é o concepto de “derivación”. Gran parte do traballo da Unidade está en “descubrir” cal é a “demanda” do usuario. As “primeiras” son discutidas no grupo con dous obxectivos prioritarios, primeiro construír unha “historia clínica” completa para poder delimitar cal é a petición en cada caso: “¿Cal é a queixa?” presentada polo usuario. Unha queixa que non ten porque ser sempre psiquiátrica. É importante a observación que fan de cada caso coa intención de delimitar se está ben ou mal “derivado”.

O segundo obxectivo, relacionado co anterior, é decidir que facer co caso. Se a demanda é “apropiada” ao traballo asumido da unidade, o caso permanece nela. Se a demanda non é “procedente”, debe derivarse o antes posible aos recursos asistenciais pertinentes (alcohólicos anónimos, xeriatría, medicina xeral, etc.). Os diálogos internos na unidade non falan de persoas, comunican casos para establecer como traballar con eles, ofrecendo idealmente, na distinción implícita coa que se comunican entre sí, o mellor dos servizos. O xal non indica en ningún caso un esquecemento da historia persoal ou unha minusvaloración dos sentimentos ou emocións en xogo. A asunción implícita é que eso queda no traballo do especialista na consulta, coa porta cerrada.

No caso de que a demanda sexa “propia” do traballo da Unidade, decídese case de forma automática quen debe traballar con cada asunto. Os casos máis “culturais”, especialmente en Argo ou Río, adóita asumilos Mauricio, o psiquiatra xefe cunha “sensibilidade especial” polos campesiños de idade, polo vellos. O resto dos casos “psiquiátricos”, dependendo tamén da presenza ou non o primeiro día da presentación do paciente, adóitanos asumir os psiquiatras MIR da unidade. Os casos máis “suaves” na súa patoloxía ou máis “psicolóxicos”, os que falan máis, son asignados ao psicólogo da unidade, ou aos correspondentes alumnos en prácticas. Todo o relacionado con problemas de subvencións ou axudas é xestionado pola enfermeira e as traballadoras sociais. Estas distincións na “derivación” interna da unidade non son evidentes, só aparecen nos estadillos cando se presenta un problema de “mala xestión”. Entón a distribución interna dos roles e traballos márcase claramente en cada proceso. Pode suceder, como vimos na descrición anterior, que os datos non sexan suficientes para un bo traballo burocrático co asunto. Se isto sucede o caso necesita “mellorar a historia clínica”. Sucede en incontables ocasións. Nas seguintes visitas e estadillos o usuario será de novo valorado para “atopar” e precisalo seu diagnóstico e o correspondente tratamento. Esta complexidade que describimos aquí entrecrúzase, e adquire “sentido”, despois coas historias dos usuarios. Como veremos éstos relatan un longo “proceso ata obter un diagnóstico definitivo e un tratamento efectivo”⁷⁴¹. Entre tanto, o que para a unidade é un problema de tratamento burocrático, para a familia é unha situación insostible e para o paciente unha dor psíquica indescritible. Nalgúns casos estas “demoras” burocráticas son tratadas pola psiquiatría privada ou polos servicios sociais. En calquera de estos dous supostos, a súa observación no constitúe “material relevante” para a observación no interior da unidade.

Neste sentido os “volantes” de derivación, as receitas e informes son esenciais como elementos comunicativos entre as distintas partes implicadas na dobre continxencia comunicativa. O labirinto de procesos burocráticos comunícase entre si a través de todo un conxunto de “papeis” que vanse acumulando con distintos significados nos petos dos usuarios e nas historias clínicas de cada un. Os traballadores da Unidade deben “cubrirse ben as costas” e non deixar flancos sen cubrir no seu traballo de derivación ou abandonar informes sen un axeitado tratamento burocrático. A labor da unidade sempre oscila entre este cubrirse as costas e “deixar as portas” abertas. Sempre poderase voltar, asúmese, ao “problema”, sempre que este reaparezca ou persista; por suposto, na horizonte de observación da unidade. Ambos os dous extremos cobren a comunicación da incerteza que supón sempre a EMG. Así, o concepto que establece o “final” dun caso no seu paso pola unidade, é do de “alta” médica. Unha vez dada, en moi contados casos, o caso pasa a outro servizo ou considérase “curado”. En todo caso, desaparece da observación e da comunicación interna.

Un terceiro elemento a sinalar é a permanente alusión velada ás consultas privadas, sen que estas sexan obxecto de diálogo público, nin por suposto de cuestionamento. Mauricio ten unha consulta privada nunha rúa céntrica da cidade e moitos dos pacientes que recibe acudiron á súa consulta privada antes de pasar polo dispensario semanal en Argo ou Río. Mauricio recibe regalos de todos estes

⁷⁴¹ Véxase máis adiante nos apartados dedicados á carreira dos usuarios de Pérpola.

pacientes “rurais” sen que se cuestione, polo menos nos estadillos ou sexa nin siquiera nomeado, o seu valor; falese deles en bromas ou preguntese, sempre teóricamente, polo seu significado. Non existe ademais ningún estudo en Galicia, en España ou en Europa que reflicta a importancia destes elementos. Forman parte claramente da *opacidade* coa que se constrúe o imaxinario do médico, dos “guións” cos que se escribe e negocia o día a día da enfermidade mental en Galicia.

Pero a USM1 non é só un lugar de atención psiquiátrica e médica. É ademais un centro de ensino (os estadillos e sesións clínicas teñen ese contido docente). Cada membro da unidade cobra polo seu traballo asistencial, pero tamén polo seu labor educativo con tódolos alumnos que traballan e reciben formación alí. Os cambios nos rotatorios, as baixas por enfermidade, as substitucións destas baixas, os permisos de distinto tipo dos seus traballadores, os traslados engaden un elemento máis á complexidade que vimos describindo. Así un usuario da unidade ten que poder comunicarse e ser entendido, ou non, en calquera momento da súa historia coa EMG, sexa por quen sexa atendido dependendo da casuística sinalada. A súa historia clínica, os volantes, as receitas que presenta, os informes que pode sacar do peto en cada momento, son elementos para entender a comunicación da EMG neste contexto.

No contexto educativo da unidade están moi marcadas as xerarquías, e non só pola división xa sinalada dos casos. Mauricio exerce, como “patriarca” irónico pero sempre presente, a súa labor de “coordinador” do traballo interdisciplinar. Os roles estan marcados: os MIR soén ter unha formación en psiquiatría organicista, polo que visitan especialmente patologías ben definidas, graves para as que recetan fármacos. Mauricio supervisa e distribúe estas funcións, “educando” os psiquiatras en prácticas. O psicólogo e os alumnos en prácticas de psicoloxía ocúpanse dos “neuróticos” e dos que falan mucho. Marco, o psicólogo da USM1, ten unha orientación psicoanalítica que está “ben” ubicada no traballo interdisciplinar. É interesante sinalar como toda a unidade aprende os roles especialmente ao diferenciarse dos de fora da unidade. Así: tratase de non molestar aos outros servizos, sempre en cando non deriven algo que non corresponda. Os contactos nas redes de médicos especialistas, na pública gratuita ou na privada de pago, son esenciais nesta dinámica. Mauricio insiste moito na necesidade de ser conciente da propia intervención psiquiátrica, non conducindo aos usuarios polo escuro (suponse) camiño da psiquiatrización salvo que sexa necesario. Insiste en non interpretar, non superpoñer as visións propias ás do paciente, sen falar abertamente das propias, dende una psiquiatría antropolóxica ou etnopsiquiatría.

Hai dous elementos clave máis na comunicación de cada caso nesta USM1. Un é o diagnóstico. Discútese, consúltanse os manuais internacionais e vólvese discutir en cada estadillo. A maior parte dos casos son claros, ou ben, xa teñen a súa historia completa cun diagnóstico xa definido e un profesional facendo o seu “seguimento”. Os casos que non o son, debe delimitarse o seu diagnóstico e derivarse axeitadamente unha vez establecido. Neste punto é interesante sinalar o uso dunha distinción de orixe psicoanalítica que pervive, xa aludida fai un momento. Úsase a diferenza entre *psicótico* / *neurótico* para referirse a casos graves ou leves respectivamente. Os graves, psicóticos, trátaos o psiquiatra da unidade, no imaxinario, especialmente con medicación. Os leves, neuróticos, trátaos psicólogo da unidade, preferentemente con terapias, escoitas atentas e tests. Sen prexuízo por suposto de que os máis graves

non requiran tamén asistencia psicolóxica ou elementos de traballo social. A oposición neurótico / psicótico é un elemento clave no imaxinario do rol de psiquiatra co que se comunica a EMG nesta USM.

É importante repetir aquí que o elemento velado co que sempre se traballa é coa presenza dun elemento orgánico indeterminado que explicaría todo o mundo da EMG. As receitas están na base de todos e cada un dos casos, tanto dos psiquiatras como dos psicólogos. A súa supervisión ou dispensa constitúe unha gran porcentaxe do traballo da unidade. A pesar de que a psiquiatría organicista, bioloxicista é criticada, é a realmente practicada. Os pacientes a reclaman, os médicos a critican, pere é a base do intercambio social, comunicativo.

Un segundo elemento clave na comunicación de cada caso, xunto co diagnóstico, no interior da unidade é, como dicimos, a medicación. Sobre as súas doses, o axeitado da elección e a combinación de medicamentos receitados, a casuística e as discusións son interminables. Consúltase o *vademécum*⁷⁴², intercámbianse artigos sobre esta ou aquela medicación e os seus efectos. A presenza de visitantes de farmacia na unidade e nas diferentes consultas engade un elemento máis a esta complexidade. Todos parecen estar sempre á espera de nova información sobre descubrimentos en medicación. Cada caso leva asociada unha medicación que por norma xeral é función do psiquiatra administrar, nunca o psicólogo que legalmente non pode facelo. Esta distinción está sempre presente nas conversacións, transmitida, constatada, ironizada ou cuestionada.

Na delimitación de cáil é exactamente a demanda xogan un papel esencial as pensións e as declaracións de incapacidade. Os tribunais para conseguir unha Pensión non Contributiva ou unha Invalidez para unha EMG requiren informes médicos⁷⁴³. Como puidose observar na descrición anterior do traballo da USM1 da cidade, este elemento comunicativo é esencial. Non é que os usuarios enganen os psiquiatras. Estes xustifican plenamente o seu papel de xestores destas demandas atendendo veladamente as súas solicitudes, e mantendo dende logo o imaxinario do poder médico. “Deixanlle” crer o usuario que os manipularon, dese xeito o psiquiatra e a unidade “decatase”, congratúlanse e definen o “bo traballo” realizado. Identificándose co rol de bo xestor, co “ben do paciente” sempre en mente.

Neste sentido é significativo o rol de “compás” que xoga o psiquiatra na unidade. O seu papel é en moitos casos o de orientador. Comunícalle a cada un, pacientes e compañeiros de traballo, cáil é o paso seguinte. Ao usuario indícalle qué curandeiros existen na zona, ou entregalle o informe que buscaba para negociala súa pensión, anticipase aos seus pasos dándolle o que atribuelle como demanda, ou prescíbelle as receitas non psiquiátricas gratuítas evitándolle unha nova visita o centro de saúde. Ao compañeiro de traballo indícalle como debe medicar, ou lle prevén dos perigos de psiquiatrizar demasiado os casos. Como director da unidade Mauricio asume un papel de médico tradicional, é o poder encarnado. Como psiquiatra xefe é un equivalente funcional da relixión ou de deus no interior do sistema social xerado na unidade. Moitos dos elementos da complexidade simplifícanse neste rol clásico (recórdense a súa consulta privada ou os regalos aos que aludiamos).

⁷⁴² Tratado contén as nocións máis importantes dunha materia, os profesionais da sanidade denominan así os libros (hoxe na web ou dvds) donde consultar presentacións, composicións e as principais indicacións dos medicamentos. Xeralmente regalo dun visitador médico e elaborados polas propias empresas de fabricación de medicamentos (non existen estudos sobre esta particularidade).

⁷⁴³ Non entramos por motivos de brevedade na problemática que plantexa a vindeira *Lei de dependencia*.

En canto ao diálogo sobre os pacientes, nos estadillos distínguense varias cousas para a comunicación e observación interna da unidade. Unha primeira é a conciencia da *somatización* dos problemas psiquiátricos en moitos dos pacientes. Fronte a eles fálase dos usuarios que *psicoloxizan* demasiado. Os primeiros adoitan ser “coherentemente” os do mundo rural, os tres municipios dos arredores da cidade cos que traballa a unidade. Os segundos, a poboación desprazada temporalmente na cidade, derivados á USM1. Somatización fronte a psicoloxización son dous extremos dende os que establecen as observacións, diagnósticos e tratamentos na unidade. Para a somatización o rol do médico debe incluíla toma da tensión ou unha auscultación, ou anotación das funcións vitais. No caso da psicoloxización o imaxinario achégase ao do confesor, oínte atento que realiza test para avaliar sentimentos e emocións. O primeiro acércase á definición dunha psiquiatría médica, orgánica, mentres que o segundo aproxímase máis ao imaxinario do psicoanalista. Na unidade constrúese a comunicación xogando con ambos (además da psiquiatría cultural e dunha concepción asistencial ou comunitaria).

Outro elemento é a conciencia da psiquiatrización excesiva, xa aludida. Vixíase con esmero dentro dos estadillos da unidade para non exercer unha labor “directiva”, medicalizadora, de cada usuario. Mauricio insiste moito nisto. Se ben o psiquiatra debe provocala apertura do paciente, deba facelo para oílo na súa autenticidade e coa finalidade de definir claramente a súa demanda. Non debe, insiste Mauricio, guíalo para que encaixe en tal ou cal diagnóstico do DSM ou CIE. Ou para que encaixe en tal medicación habitualmente recomendada ou usada para tal patoloxía.

Unha distinción sempre latente é a de perigosidade e risco. Coa EMG existe sempre o risco do suicidio ou da violencia con outros. A medicación e o seguimento minucioso son as respostas que dende a unidade podense comunicar ante esta responsabilidade permanentemente presente. A incerteza ante o propio diagnóstico. A dúbida sobre se o realizado é suficiente, sobre se a medicación conterà os síntomas perigosos presentes en tal caso está sempre latente. Cóntanse, entre os membros da unidade, os casos onde fallaron os controis, servindo como referentes do risco sempre presente.

Finalmente, non podemos deixar de indicar a complexidade de planos presentes no caso da cela doméstica en Argo. Por un lado temos un sistema familiar tradicional enfrontándose a tódolos casos de EMG presentes na familia. A cela doméstica é a “resposta” do patriarca do clan. Por outro lado, temos todo o conxunto de institucións sociais que ao longo do tempo interviñeron nos diferentes casos no clan dos Tonechos. O relevante no momento da visita a domicilio descrita serían os recursos económicos para a subsistencia a Casa.

Todos estes elementos apuntados brevemente están en xogo na interdisciplinaridade complexa constitutiva da unidade. Temos por un lado os elementos de psiquiatría comunitaria constitutivos da filosofía coa que crearonse institucionalmente as unidades de saúde mental. Pero no seu interior conviven coas distincións propias da psiquiatría de sector, xa sinaladas anteriormente nesta tese, coas da psicanálise, a psiquiatría máis bioloxicista e o traballo social. A complexidade só se simplifica na comunicación, dende cada unha destas distincións creando ordes sociais e morais diferentes. Observacións que dende un punto de vista luhmaniano son *só* simplificacións complementarias. Coas súas correspondentes críticas *parciais* ao sistema e as súas inevitables prescricións *éticas*.

Como contraste imos agora a analizar outra forma de organizar a asistencia psiquiátrica nunha USM, nesta ocasión cunha perspectiva psicoanalítica.

USM2 urbana⁷⁴⁴.

Marzo 1992. Entrevista con Manolo, psicólogo lacaniano da USM2.

6.B.

Manolo é o meu primeiro contacto para acceder ás Unidades de Saúde Mental doutro grande núcleo urbano de Galicia. Traballa nun Hospital desta outra cidade. É un psicólogo con anos de experiencia na sanidade pública. Fixo a carreira de psicoloxía na universidade de Santiago pero formouse pola súa conta no campo da psicanálise lacaniano⁷⁴⁵. Ponme ao día do funcionamento das Sesións clínicas e do mapa da asistencia pública na cidade. Reitera na nosa primeira entrevista a disparidade teórica dos diferentes clínicos en cada equipo, perfectamente observable nas sesións e no traballo diario.

Pídolle que me especifique a diferenza da súa orientación coa dos outros, especialmente dos psiquiatras. Empeza entón a falar-me da medicación e o traballo do analista. Explícame por qué a medicación non pode ser a única terapia cun exemplo tras unha pregunta sobre a súa forma de traballo. Se enfrontámonos a un león, o noso corpo inmediatamente libera adrenalina. Se facemos unha análise e detectamos a súa alta concentración no noso sangue, ¿cal é a causa do noso estado de excitación excesiva? Contesta: dende logo non as substancias ou hormonas atopadas no corpo. Se só atacase o problema físico no corpo, explica, non se solucionará xamais o problema existente. Os psiquiatras de tendencia biolóxica ou organicista esquezan o fundamental, afirma. Simplifican demasiado o concepto de causa.

A continuación expón a grandes trazos cal é a ética da práctica da psicanálise citando filósofos dende a época grega ata Kant para “fundamental” a súa posición. Afirma: se non fas aquilo que é o teu desexo, entón xorden os problemas. “Negamos nas nosas accións todo aquilo que resultanos difícil asumir como propio”. Negamos aquelas cousas que non poden estar conforme ao noso desexo. O paciente é sempre “o que sabe”. No seu mundo subxectivo o analista ten que crealas condicións para axudar ao paciente a entenderse a si mesmo. Non existe ningunha realidade obxectiva, só existen interpretacións superpostas. Engade entón que isto non significa negala realidade ou rachar co obxectivismo do sentido común. A subxectividade do paciente xera os síntomas. Hai que facer falar esa linguaxe ao paciente, e chegar a utilizalo o propio analista na súa comunicación con el. Normalmente, engade, non rompemos coa suposta obxectividade por dúas razóns. Primeiro polos nosos medos persoais, e segundo, polo temor ás instancias de poder que perpetúan ese “saber do mundo obxectivo”.

⁷⁴⁴ Como no caso da USM1, e grazas a contactos facilitados nesta, durante 6 meses participei en varias das sesións clínicas desta nova unidade (USM2) noutra cidade galega. Nestas sesións clínicas diferentes USM da cidade citábanse semanalmente para presentar casos, oír conferenciantes ou discutir algún libro ou artigo bibliográfico. A orientación teórica deste traballo era, como verase axiña, completamente diferente.

⁷⁴⁵ A fundación *Paideia* de A Coruña (con sede dende hai uns anos tamén en Padrón) promoveu cursos da Escola Lacaniana de Psicoanálisis, traendo de diferentes lugares do mundo a conferenciantes, e becando moitos profesionais, algúns presentes nas sesións ás que asistín (viaxes, estudos, investigacións, publicacións, etc.). *Paideia* foi creado pola ex muller do fundador da multinacional *Inditex*, Rosalía Mera. Un fillo “con problemas” parece ser o desencadenante normalmente aludido como explicación sobre a súa implicación persoal con estes temas.

Sesión clínica: Manolo presenta o caso de Emilio. Marzo 1992.

Ás nove da mañá, nun cuarto espazoso do Hospital onde traballa síntanse dezasete persoas para escoitala presentación dun caso. Proveen de catro Unidades de Saúde Mental da cidade. Entran a destempo, case todos tarde. Comentan entre eles horarios de atención, substitucións, vacacións, congresos e conferencias. Manolo descúlpase cando tamén chega tarde. Achácao a un paciente, aínda que engade a cronicidade dos seus atrasos. Manolo ponse en fronte do seu público nun modelo de conferencia. A maioría dos oíntes son mulleres, case todas con batas brancas. Manolo presenta durante uns vinte minutos o seu caso, logo responde ás dúbidas, observacións e preguntas principalmente de dous dos oíntes (de Unidades diferentes á súa, indícame Manolo ao saír).

Emilio ten trinta e un anos. É un profesor de secundaria interino. As súas crises coinciden sempre coa época anual na que ten que presentarse ás oposicións que nunca aproba. Estivo internado en polo menos dez ocasións, a última no servizo de psiquiatría de Rebullón⁷⁴⁶. Manolo puido consultar a súa Historia Clínica. Reside na cidade por traballo aínda que a súa familia é dunha vila no interior da provincia de Lugo.

Manolo describe primeiro os trazos da súa enfermidade. É un megalómano, delirante con interpretacións delirantes sobre si mesmo. Xoga coa idea de ser o Rei Arturo ou Xesucristo. Fala moito. É narcisista oscilando non obstante cara á auto-denigración. Pasa de ser un ser marxinal e marabilloso, no seu discurso, a considerarse inferior e merecedor de castigos. Acode á consulta con varios escritos nos que describe os seus delirios. Un deles é un soneto que Manolo le ao público. Trala lectura indica o alto grao de racionalización da súa propia doenza.

A continuación Manolo expón a grandes trazos a estrutura da familia. A súa nai é o centro do núcleo familiar, valorada positivamente polo seu fillo. O seu pai foi un alcohólico con esixencias desorbitadas para os seus fillos. O seu irmán maior foi un político, un triunfador. Foise a Madrid, pero apareceu en Bucarest internado por unha crise psicótica dexenerativa. Hoxe en día está en estado vexetativo baixo os coidados da nai no pobo na Casa familiar. Ten outra irmá menor que non presentou (por agora) síntomas psiquiátricos de ningún tipo.

Tras esta exposición superficial dos trazos e familia de Emilio, Manolo propón un diagnóstico: é un Psicótico. E apunta tamén unha terapia: terapia analítica. Para fundamentar o seu diagnóstico follea un par de veces a Historia remitida dende Rebullón. Pasa entón a describir a entrevista. Vén remitido polo médico de cabeceira co que parece manter unha boa relación. No inicio da entrevista Emilio formúlalle o problema de continuar ou non coa súa baixa laboral. Manolo esténdelle un parte de continuación de baixa. Resolto o problema, di Manolo, comezan a falar doutros temas. Emilio é un psicótico cun pai sen apenas valor pero cun tío materno que personifica a suma perfección. Este último cumpre a función de ser a “lei do pai”⁷⁴⁷.

Manolo subraya que as súas crises coinciden coas oposicións porque se aprobase, tería que converterse definitivamente en adulto responsable da familia (aínda que nunca esixíronlle nada neste

⁷⁴⁶ Hospital psiquiátrico na provincia de Pontevedra

⁷⁴⁷ Toda a exposición de Manuel está repleta de vocabulario da psicanálise lacaniano. “Lei do pai” designa, simplificando moito, a transmisión da “prohibición” do incesto do pai ao seu fillo. Lacan 1968, 1979; Bowie 1991.

sentido). Ten un medo claro ao traballo unido a un nivel excesivo de esixencia e autocrítica. Isto adóitao paralizar no traballo, aínda que non impide que axude efectivamente a outros compañeiros. Manolo di que é crítico cos seus delirios: “De Arturo a Interino, e ¿vostede cre que mellorei?” Sempre viviu en pisos escuros e lúgubres, aínda que coa terapia se propuxo cambiar iso.

En canto ás súas relacións Manolo conta a dificultade que tivo sempre nas súas relacións amorosas. Fálalle de dúas relacións. Unha primeira durante a carreira que idealizou. A última cunha rapaza vasca. No seu delirio creeuna unha “bruxa pedorrenta membro de ETA”. Segundo Emilio a relación con ambas as dúas rematou pola súa propia actitude. Neste sentido di atoparse illado e insatisfeito coas súas relacións sociais. Na terapia busca atopar un medio para mellorar nisto, refacer a súa vida, que percibe como carente dun proxecto e facer desaparecer os problemas psíquicos (delirios e cousas raras). Pon como exemplo unha vez na que apareceu un, no adro dunha igrexa onde cantara nun coro para unha celebración con outros profesores. Ironiza: “o meu pai dicía que ía ser un Chopin”.

Manolo sinala que parece ter unha competición co seu irmán en todo, mesmo tamén en isto da loucura. Emilio está inqueda polas súas accións, dúas labazadas a dúas rapazas, durante un dos seus últimos episodios psicóticos. Loqueou, di, con dúas rapazas. A primeira foi a muller vasca coa que tiña unha relación. Di que ela xa o perdoou. A segunda labazada foi a unha muller na rúa. Esta denunciolle no xulgado e está pendente da sentenza. Emilio debe presentarse regularmente no xulgado mentres tanto por orde do xuíz. Manolo critica neste momento a actuación do xuíz. Di que illou do seu contexto psicótico o caso, centrándose só na agresión.

Manolo pasa entón a teorizar fronte o seu público. Di que o diagnóstico é unha estrutura borrosa. Neste caso de Emilio, non é doado colocalo nunha categoría concreta, aínda que para el é claramente un Psicose. Remata deste xeito para responder entón ás preguntas.

Un oínte dúbida do diagnóstico de Psicose. Sinala que a súa impresión é máis ben a dun caso *Borderline (límitrofe)*⁷⁴⁸ con trazos paranoides, obsesivos e psicóticos. Manolo repite as súas dúbidas no diagnóstico. Matiza con detalle a súa teoría do diagnóstico como unha estrutura para axudar ao paciente, polo cal non pode haber un compromiso claro con ningunha etiqueta diagnóstica concreta. De este xeito o diagnóstico ten que ser aberto, borroso, insiste, polo ben do paciente. Varios oíntes comezan a falar entre si, formulándose despois unha pequena discusión sobre o valor de asignar ou non determinadas etiquetas. Manolo retoma entón a voz cantante para describir de novo as distintas etapas da entrevista con Emilio. Entón formúlalle ao seu auditorio unha pregunta teórica: ante un caso como este, ¿onde están os límites da terapia? ¿Pode a intervención facer algo?, ¿axudar?, e en caso afirmativo, ¿ata onde? Un oínte respóndelle. O caso de Emilio parécelle con poucas esperanzas, el sería máis ben pesimista. Pero engade: nunca se sabe. Manolo contesta: “xa vos contarei”, dando por rematada a sesión clínica.

⁷⁴⁸ O **trastorno límite da personalidade**, ou *borderline* (límitrofe ou fronteirizo) é actualmente definido polo DSM-IV (véxase *DSM-IV* 301.83) como un trastorno da personalidade con escasa regulación emocional, pensamento extremadamente polarizado e relacións interpersonais caóticas. Durante anos foi un categoría “comodín”: véxase Shorter 1997, ou o caso autobiográfico presentado por Kaysen (1994), posteriormente levado ao cinema.

Abril 1992 Sesión bibliográfica: Mannoni, “Intervención e interpretación”⁷⁴⁹.

Ás nove da mañá, na mesma sala que a sesión anterior e co mesmo estilo de conferencia, Macu, unha psicóloga duns corenta anos, fala dun artigo dun psicanalista italiano. Con anterioridade á sesión os dez homes e seis mulleres asistentes coñecían o tema e tiñan á súa disposición unha copia fotocopiada. A quenda de exposición tivo que ser alterado, Macu comeza anunciando que a semana que vén falará a persoa designada orixinalmente para o día de hoxe. Aínda así todos os asistentes foron avisados do cambio e coñecían o artigo en cuestión. A sesión comeza tarde, case todos os asistentes chegan tarde, e durante a quenda de preguntas só falan algúns dos varóns.

Macu cingúese case literalmente á orde seguida no artigo por Mannoni. Alude constantemente aos autores e obras citadas nel. Intenta reconstruír o fío central do artigo pero rapidamente céntrase no que a ela lle parece interesante para abrir a polémica e o debate. Formúlao por iso, o seu tema central, como unha pregunta: “¿Como nomeamos o que facemos os analistas?, e ¿Como é que o facemos?” Mannoni analiza as relacións entre a intervención e a interpretación. Como lacaniano o autor pregúntase polo significado dos dous termos. Macu considera que a interpretación só é aplicable aos sonos e aos *lapsus*. Mentres que a intervención sería “todo o demais”. Recalca: “case todo é intervención”. Engade: “todo vale se temos transferencia”. E matiza: “Non opoñamos o real ao fantasma”. Trátase de escoitar ben o que está a dicilo analizado. Pon o exemplo dun paciente seu. Levaban vinte sesións. Chegara á conclusión de que era un “pouco deficiente”. Ao saír da sesión número vinte díxolle: “Creo que non vou volver”. O analista contéstalle entón: “É a primeira vez que vostede fala de si mesmo”. O paciente marcha sen dicir nada máis, pero volve á seguinte sesión e comeza unha “auténtico labor” (de análise, sobreenténdese).

Manolo indícalle a Macu que quizais o sentido do artigo está en que o analista atopase sempre por debaixo da súa propia formación. Debe, engade, ser consciente dos prexuízos que ésta leva consigo. Macu remata rapidamente a súa exposición e pide preguntas. Varios dos asistentes van lentamente reflexionando en alto ou cuestionando a súa exposición.

Manolo apunta que esta achega de Mannoni deba ser levada á internacional psicoanalítica, como unha nova teoría da técnica de análise. Logo apunta que non está de acordo co formulado. O que é interpretación decídeoo o paciente. É el, quen crea o efecto de verdade. Por iso, conclúe, toda intervención é xa en si unha interpretación. Porque intervención é todo aquilo que fai aparecer efectos de verdade. Polo tanto, el non establecería a diferenza entre estes dous conceptos.

Un asistente comeza dicindo, en parte de acordo con Manolo: “O analista é un síntoma do analizante”. E engade: “O síntoma neurótico é unha verdade sen saber”. Porque, di, o complemento do saber é precisamente o que busca, e non é outro que o analista. Por iso o poder do analista é conferido polo paciente.

Outro oínte argumenta que a transferencia non debe ser imaxinada. Se isto sucede convértese ela mesma nunha barreira infranqueable. Por iso a transferencia debe situarse sempre no terreo dos simbólico.

⁷⁴⁹ Mannoni 1992.

As diferentes achegas dos oíntes non suscitan un diálogo, polo menos non aparentemente. Falan un tras outro sen directamente responderse entre si, como illas de discurso sen conexión entre si. Sucédense intervencións ás que os oíntes en cada caso asenten. Transcribo algunhas a xeito de exemplo. Un di que o suxeito non pode ser obxecto, non pode ser un simple obxecto do discurso médico. Debería ser máis ben un enunciado de si mesmo. Outro oínte cita literalmente unha frase que remata indicando “os efectos terapéuticos da interpretación inexacta”. Un máis di ver contradicións no artigo de Mannoni, pois argumenta que afastase da interpretación de Lacan. A súa achega non é tida en conta, non ten o movemento aprobatorio de asentimento das cabezas de varios dos presentes como en outras ocasións ao longo da charla. Remata a sesión tras unha hora e media de duración.

Complexidade psicoanalítica.

Nesta USM2 comunícase a EMG dende unha serie de distincións diferentes e que debemos engadir ás xa sinaladas para continuar na nosa descrición da complexidade da comunicación da EMG en Galicia. Deteñámonos un momento en observalas.

6.B.

O significativo é o uso da terminoloxía psicoanalítica en si mesmo. A psiquiatría de inspiración psicoanalítica foi especialmente perseguida e denostada en España⁷⁵⁰. A bibliografía especializada en psiquiatría considera a psicanálise algo pasado de moda, un equivalente da relixión onde as crenzas serviron de base para explicacións corporativistas⁷⁵¹. Nas sesións descritas non se fai uso do vocabulario dos sistemas de clasificación internacional en psiquiatría (DSM o CIE), utilizando un vocabulario psicoanalítico propio⁷⁵².

Establécese a distinción entre orgánico e psicolóxico, e sobre esa distinción obsérvase (dende o lado psicolóxico) todo o comportamento dos pacientes. A terminoloxía psicoanalítica úsase como ponte para describi-lo comportamento detectado como enfermizo que conduciu aos pacientes ás unidades. Só dende esa terminoloxía, con esta distinción como base, pódese entaboar a comunicación sobre a EMG nun círculo lacaniano ou psicoanalítico. Desexo, inconsciente, lei do pai entre unha grande variedade de conceptos que non explicaremos de novo, constitúen un “rico” vocabulario dende o que se observa aos pacientes e xulgase condescendiente e parteralísticamente tódalas outras visións da psiquiatría.

A distinción entre psicose e neurose é claramente utilizada. Fíxase a observación na historia biográfica do paciente, atopando nos datos da relación cos seus proxenitores a explicación de todo síntoma. As racionalizacións que o paciente fai son observadas como realizadas dende a aprendizaxe psicótica ou neurótica, segundo a gravidade do caso.

Como na USM1 o traballo burocrático de derivación, realización de informes, consideración da demanda, e a alta final, é analizado na USM2 coidadosamente. Tamén como na primeira USM estase especialmente atento, á posible sobreintervención do médico, psicólogo ou psiquiatra. A denominada transferencia é a distinción coa que se traballa este perigo nunha psiquiatría de orientación psicoanalítica. Trátase dunha boa ou mala relación terapéutica co paciente. Unha vez establecida suponse que a relación co usuario pasará a ser curativa.

En tódalas USM observadas en Galicia dase sempre a presenza dunha persoa no equipo de traballo, recoñecida oficialmente como “de orientación” psicoanalítica. Xeralmente centralas súas intervencións e traballo sobre as distincións sinaladas aquí, sen por iso cuestionar na práctica as distincións das outras correntes presentes en cada Unidade. Teoricamente están dispostos normalmente a discutir longo e tendido sobre os seus puntos de vista, xeralmente dende unha posición sutilmente irónica e ética (nunha actitude sempre condescendiente e paternalista).

⁷⁵⁰ Primeiro pola psiquiatría franquista. Ibor e Vallejo, popes da psiquiatría oficial franquista (Duro 2008) oficialmente non as practicaban aínda que usaban os seus conceptos. Por iso foi asumida indirectamente pola psiquiatría “de esquerdas”, pero nunca de forma maioritaria, ante a proliferación nos anos oitenta dos psicofármacos, a receita da seguridade social e a cobertura da EMG xa nos noventa. Para unha historia da psicanálise en España véxase Carles-Muñoz 2000.

⁷⁵¹ Shorter 1999; 2005.

⁷⁵² O primeiro DSM era de terminoloxía psicoanalítica, se ben os posteriores deixaron de lado, incluíndoa, se cabe, nun dos eixes.

No capítulo seguinte describimos unha asociación de familiares e enfermos mentais galega. Tralo “peche” dos manicomios coa Reforma psiquiátrica estas institucións multiplicáronse, aumentando a complexidade se caba máis da comunicación da loucura. Primeiro (capítulo 7) damos datos xerais sobre a asociación, a súa historia e a súa vida diaria, para pasar inmediatamente a describir unha semana calquera da vida dos seu integrantes.

No capítulo inmediatamente posterior (Capítulo 8) centrámonos nos familiares de EMG, resumindo o proceso polo que pasan nas súas biografías ao enfrontarse coa EMG dun parente próximo. No capítulo 9 detémonos na descrición dos “xestores” da EMG. Perfilamos entón unha imaxe do desenvolvemento, ao longo das súas biografías, da súa comprensión da EMG e o seu traballo con ela. Os dous capítulos restantes céntranse nos propios usuarios, enfermos ou EMG primeiro (capítulo 10) e despois, nunha entrevista realizada a un informático do SERGAS onde describe os problemas de xestión para implantar a Historia Clínica Dixital nos distintos dispositivos asistenciais relacionados coa EMG (capítulo 11). En cada un destas seccións describimola traxectoria narrada nas entrevistas polos implicados na súa relación coa EMG. Finalizamos cada un deles cun pequeno apuntamento a modo de conclusión sinalando as distincións coas que observana EMG cada grupo, e os elementos que aportan á complexidade da orde social na súa observación da enfermidade mental en Galicia.

Capítulo 7. Pérgola 2005- 2008.

7

ESQUIZOFRENIA

“Nubes que pasades pola cabeza, unhas tristes e outras alegres, deixade madurar as cabezas da xente que atormentades.

Psicólogos agobiados, pastores dos enfermos, non vos deades por vencidos. Admiro o voso labor porque sodes auga fresca destas mentes.

Enfermos esquizofrénicos, que deixades pasar os días a presa para non pensar na enfermidade.

Coidadores, enfermos, non caiades no tedio, porque despois da noite ven o día e eso xa é un premio. Gracias a todos, porque eu estaba perdida e atopáronme. Compañeiros valentes, que con axuda de todos saímos a torear os nosos medos e as nosas dúbidas.

Mozos e mozas que chegades ao tempo de elixir na vida. Deixádevos levar polos vosos guías para non caer nas torpezas antigas. Xa que aínda enfermos, temos guías e podemos levar unha vida normal. Non teñades medo, pois levando unha vida ordenada, non tedes porque caer”. A GAITEIRA (Usuaria Pérgola, poema premiado)⁷⁵³.

Historia e recursos

Pérgola⁷⁵⁴ nace como asociación en 1994 ao unirse familiares de EMG e enfermos mentais da bisbarra costeira de Oleiros. Coa lei de Sanidade dos anos oitenta iniciouse a chamada Reforma psiquiátrica en Galicia. Con ela “libenrase” os EMG do manicomio. A lei prometía a xestión de institucións denominadas intermedias para substituílas funcións do manicomio. Como vimos anteriormente o desenvolvemento da lei demorou a creación destas institucións intermedias ata ben entrados no século XXI. Na bisbarra de Oleiros, como noutras de Galicia foronse xerando varias condicións para a aparición da asociación Pérgola dende as institucións sociais existentes. Tódolos elementos que imos sinalar foron facendo máis frecuentes os contactos entre os profesionais da saúde mental, as familias dos enfermos e os propios enfermos. Emerxendo así o contorno donde nace esta organización.

Un primeiro elemento aglutinante constituíunos unha Unidade de atención ás drogodependencias en Esteiro⁷⁵⁵. O Concello creou nos anos oitenta unha Unidade pioneira cunha psiquiatra ao seu cargo (María). Esta unidade pon en contacto usuarios con patoloxías mentais cunha problemática engadida de drogodependencia. Os seus familiares coinciden entón en distintos espazos, comece a coñecerse e compartan formal e informalmente experiencias. Algúns destes familiares entraran logo a formar parte de Pérgola.

Un segundo elemento para entender a aparición de Pérgola son os traballadores sociais da bisbarra de Oleiros. En varios dos seus Concellos atenden a poboación dispersa pola xeografía da bisbarra. Comezan a recibir un número crecente de solicitudes de axuda dos familiares. A progresiva falta de camas para ingresos de longa duración, ou para as crises das EMG da bisbarra multiplicalo traballo

⁷⁵³ Eladia.

⁷⁵⁴ Os datos aquí presentados son produto unha investigación durante os últimos catro anos. Como bibliografía sobre a rede de asociacións relacionadas coa saúde mental consultáronse especialmente os libros aquí citados entre unha ampla selección bibliográfica recollida na bibliografía final: Rodríguez-Cabrero 2003; García-Espino 1998; Pereyra 2003; López Ibor 2005.

⁷⁵⁵ María 1 e 2.

asistencial nos concellos. Os traballadores sociais serven entón como vínculos de unión indirectos das familias que fundarán a asociación.

Unha terceira condición sobre a que emerxe Pégola son os propios traballadores médico - psiquiátricos. Estes conciéncianse das deficiencias do servizo ofrecido pola Seguridade Social primeiro e o SERGAS despois. Á súa vez van servindo de nexo de unión de tódolos implicados, indicándolles como organizarse, onde pedir axuda. Colaboran así coa toma de conciencia das familias e os enfermos.

Estes colectivos difunden información sobre os recursos existentes, coñecéndose e tomando conciencia das necesidades dos EMG que agora deben vivir nas súas casas, posto que o recurso dos longos internamentos nos manicomios veñen de desaparecer.

Por suposto a condición máis importante para a aparición de Pégola son os directamente afectados: enfermos, nais e familiares que *viven como déficit* a falta de servizos en situacións en moitos casos de precariedade. Nas entrevistas realizadas repítese unha e outra vez isto como conciencia do desamparo ante previo a Pégola ante a convivencia coa EMG.

Neste caldo de cultivo, Pégola comeza a andar en 1994. Danse dúas iniciativas concretas que a poñen en marcha. Primeiro, a cesión polo parte do concello de Esteiro dun local aos arredores da zona urbana. Previo a este local xa impartíanse talleres e facíanse reunións por toda a xeografía da bisbarra, desprazándose traballadores, familiares e enfermos. Segundo, a “contratación” dunha psicóloga clínica (Mercedes) que “organizará” durante os anos seguintes a asociación. A contratación de Mercedes, como a de tódolos traballadores da asociación, é temporal, suxeita sempre á variabilidade dos ingresos da asociación. Así, cos cambios no poder local dos distintos concellos, ou cos últimos cambios na Xunta, as subvencións varían. Xerando certa inestabilidade e desconcerto ata que novos fondos suplen as necesidades xa creadas. A asociación depende enteiramente dos ingresos xerados por ela mesma. É neste sentido unha entidade de xestión privada. Non obstante o noventa por cento dos seus ingresos non proveñen das cotas dos socios e colaboradores, senón de subvencións das diferentes administracións públicas. A administración autonómica galega, o SERGAS principalmente, achega o noventa por cento dos ingresos de Pégola. Os concellos, as deputacións, empresas privadas, a Xunta ou o estado español son os “socios maioritarios” no mantemento de todas e cada unha das actividades de Pégola

Dende 1994 ata o ano 2005 Pégola desenvolveu as súas actividades en dous locais. Un aos arredores de Esteiro, prestado polo concello e compartido entre outras actividades co conservatorio de música. Este edificio era antigo, cheo de humidade e cunhas aulas pequenas pois tratabase dunha antiga escola unitaria do franquismo, supervivente tras múltiples reformas e usos. Por iso, os talleres que logo describiremos atopábanse divididos entre varios pisos e aulas. O segundo local creouse uns anos despois noutro concello da bisbarra. En Navia o concello prestou unha casa prefabricada de madeira para acoller os talleres e a actividade cos usuarios de Pégola dese lado da ría. Este local atopase tamén aos arredores de Navia e séguese utilizando na actualidade. Dende principios de ano 2006 estreouse un novo edificio para os usuarios de Pégola en Esteiro, mentres que os de Navia seguen hoxe en día na casa prefabricada de madeira ao pé dunha das estradas de saída da vila. A este novo edificio denomínano “a Pégola nova”, mentres que o antigo é a “Pégola vella”. Os terreos foron cedidos polo concello e un vinte por

cento dos fondos usados para todo este proxecto proveñen de dous créditos persoais a nome de varios dos traballadores. As diferentes subvencións, neste caso algunhas tamén europeas, serviron para avalalo crédito nun banco local cunha directiva coñecedora do traballo da asociación. Son a base así mesmo dos pagamentos mensuais.

Os diferentes ingresos a través de subvencións foron progresivamente permitindo contratar un total de catorce traballadores en 2005. Mercedes, a psicóloga contratada orixinalmente, permaneceu ao cargo da asociación dende o seu inicio. Pouco a pouco, fóronse incorporando os seguintes traballadores: cinco xefes de talleres (tres deles exercen tamén funcións de condutores nas furgonetas da asociación); tres psicólogas e unha pedagoga, que colaboran en talleres de re-educación e outras funcións; unha asistente social, un auxiliar e tamén condutor; e dúas supervisoras dos pisos tutelados.

A asociación conta ademais con persoal voluntario colaborador, eu entro dentro desta categoría. Teñen acordos coas diferentes escolas e universidades galegas para que os seus estudantes realicen prácticas. Alumnos de psicoloxía, traballo social, logopedia, educación social, monitoras de tempo libre, etc. adoitan pasar tempadas formándose en Pégola. Colaboran en diferentes medidas, segundo a formación de cada un, a súa propia iniciativa e capacidade e as necesidades do momento.

Pero ademais foronse xerando recursos abondo para xestionar ademais do local propio como Centro de día e o Centro de Rehabilitación, tres pisos tutelados (un para homes, dous para mulleres). Nestes pisos tutelados viven catorce usuarios de forma “independente” supervisados varias veces ao día por traballadores da asociación (un cuarto piso planeaba ser aberto en breve). En Nadal do 2008 a asociación abreu unha tenda nunha rúa céntrica de Esteiro para vender “artesanía”. Constitúense como empresa privada para dar traballo a varios usuarios ao mesmo tempo que esperan dar saída aos produtos manufacturados nos talleres propios e posiblemente doutras asociacións similares. Teñen ademais o local de Navia e catro vehículos para levar e traer cada día aos 48 usuarios dos dous centros nos dous Concellos onde funciona a asociación. Pégola cobre así unha rexión xeográfica moi ampla e cunha poboación total de case 130.000 habitantes.

Estrutura:

Pégola é unha Organización Non Gubernamental cunha estrutura asociativa e estatutos públicos. Ten un órgano directivo onde están representados os colectivos que a compoñen: dende 2003 presídeo un médico colaborador, bo coñecedor da problemática e dos usuarios. Forman parte do órgano reitor varias nais de usuarios e algúns traballadores. Ademais desta estrutura asociativa formal, a asociación conta cun “vínculo histórico” coa Unidade de Saúde Mental local (o cal non implica a ausencia de tensións, problemas, malos entendidos ou ruptura puntual de relacións). Os psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, traballadores sociais e bedes desta unidade traballan en estreita relación coa asociación nun trato diario no seguimento de casos, o control, prescrición e administración da medicación. Existe na mesma vila unha Unidade de tratamento das toxicomanías, das máis antigas de Galicia. En ambos os

dous casos as relacións non son sempre sen conflitos e malos entendidos, suxeitas á migración laboral e precariedade complexa de tódalas institucións públicas⁷⁵⁶.

Vida diaria en Pérpola.

Dos tres pisos tutelados ou do seu lugar de residencia coa familia ou achegados, os corenta e oito⁷⁵⁷ usuarios de Pérpola diríxense cada mañá dos días laborais nas furgonetas que os van recollendo aos dous centros da asociación. Tras unha viaxe de ata unha hora para algúns, chegan sobre as dez da mañá e vanse distribuindo polos talleres, con supervisores, voluntarios ou persoal en prácticas: enmarcado, cestaría, teares, taller téxtil, pasta de papel, bolsas, coiro, etc. son algunhas das actividades desenvolvidas. Durante as catro mañás de luns a xoves, e ata preto da 1 de tarde, traballan na fabricación de pequenos obxectos que logo vendense na feira semanal da vila ou confeccionanse por encarga para bodas ou celebracións. Tras unha pausa para comer algo e fumar, distribúense os usuarios ao longo da semana, e en función da dispoñibilidade de persoal e as circunstancias de cada usuario, por distintos tipos de talleres ou escolas: saídas á piscina local, taller de reeducación, taller de auto-coñecemento e auto-estima, taller de educación na enfermidade, taller de psico-motricidade, taller de logopedia, etc. Unha vez ao mes ten tamén ter lugar unha escola de familias as tardes dos xoves (describimos unha máis adiante).

Cada día, cando toca, algúns usuarios teñen que ir á unidade de saúde mental (USM) para revisar doses e tratamentos co psiquiatra (Melón). O tratamento é xestionado dende a asociación en colaboración coa USM, cos familiares e dependendo do estado en cada momento dos usuarios. A través das reunións formais semanais, de talleres cos usuarios, e dos encontros nos corredores os traballadores e os usuarios da asociación manteñen un intercambio constante de información sobre a evolución diaria de cada usuario e as súas familias, adaptándose aos cambios, crise e evolución de cada un.

Financiamento e pagamentos:

Cada membro da asociación paga unha cota, maior ou menor en función do uso ou non das furgonetas de transporte e da pensión que cobre ou dos recursos económicos dos que dispoña. Ademais os usuarios dos pisos pagan unha cota máis ampla na que vai incluída a comida. As pensións, maioritariamente non contributivas, son administradas xeralmente polas familias. Os usuarios reciben ademais “pagas” da asociación en función dos ingresos polos talleres ou subvencións varias veces ao ano.

⁷⁵⁶ Estos cambios fan que un psiquiatra co que un usuario de Pérpola leva 10 anos en contacto pode cambiar por vacacións e modificala medicación ante a solicitude do usuario; ou unha enfermeira substituta confundir un paciente con outro; ou un familiar ter que volver a explicar a un traballador substituto por unha longa baixa toda o historial do seu fillo, ganarse a súa confianza e tela no novo profesional e comezar de novo unha e outra vez.

⁷⁵⁷ O número exacto é extremadamente variable: ingresos por crisis, enfermidades na familia, nos enfermos, baixas e altas na asociación, vacacións dos propios usuarios, etc...

Outras asociacións.

Pérgola “forma parte” dunha rede de dispositivos de Rehabilitación da Xunta de Galicia, recibindo subvencións por un número de prazas determinado “concedidas” dende esta administración. Pero ademais, existen en Galicia vinte asociacións similares á Pérgola, federadas na Federación de Asociacións de Familiares e Enfermos Mentais de Galicia (FEAFES). Na imaxe pódese observar a súa distribución xeográfica⁷⁵⁸ no territorio da Comunidade Autónoma coa súa oficina e sede central en Santiago de Compostela (número 20 e punto branco na imaxe). A FEAFES española integra e reconece como membros un total de 186 asociacións en todo o territorio nacional⁷⁵⁹; estas asociacións nacen maioritariamente dende a

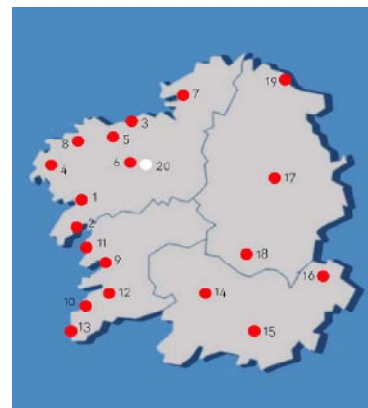


Ilustración16 Asociacións de Familiares e Enfermos mentais de Galicia federadas a FEAFES

Transición política e psiquiátrica a partir dos anos setenta xeneralizando a súa existencia nos oitenta e nos noventa⁷⁶⁰. En Europa foron xurdindo asociacións e federacións similares ao mesmo tempo que en Galicia e España⁷⁶¹.

Dorna⁷⁶² é unha destas asociacións, tamén federada en FEAFES. Comezou uns anos antes que Pérgola a traballar, nos anos oitenta. Conta hoxe en día cun centro de atención a xóvenes con problemática psiquiátrica, unha residencia para os seus usuarios, varias empresas asociadas con contratos laborais para EMG, talleres como Pérgola, un bar e un local con oficinas. Os terreos que ocupa eran un antigo pazo que foron restaurando pouco a pouco. A súa directora (Maruca), unha psicóloga como Mercedes, dicíanos nunha longa entrevista, que estaba disposta a regalar todo o que foran creando para servir de parche ás “deficiencias da administración sanitaria pública”, sempre que se comprometesen a mantelos servizos que ofrecían⁷⁶³.

Vida semanal en Pérgola.

Cada día da semana ten unha organización diferente no local de Pérgola nun polígono industrial aos arredores de Esteiro. De luns a xoves cada mañá dende as dez os usuarios están nos talleres ata a doce e

⁷⁵⁸ FEAFES atópase integrada dentro dunha federación a nivel Español (www.feafes.com). A ilustración é unha modificación do mapa cos datos de tódalas asociacións existentes en Galicia en <http://www.feafesgalicia.org/>

⁷⁵⁹ É interesante sinalar que a FEAFES española di que existen 15 asociacións federadas en Galicia (www.feafes.com) mentres que a federación galega reconece 20 (www.feafesgalicia.org). Estas discrepancias son mostra da opacidade complexa na que traballase na sociedade actual; os meus informantes de Pérgola reciben información de FEAFES sobre campañas comúns, pero cada asociación conta cunha historia e funcionamento propio. Existen tamén movementos de familiares non integrados en FEAFES, pero ao longo da súa historia de xa 25 anos é a federación que sobreviviu (www.feafes.com/Feafes/InformacionGeneral/Origen). Véxase Rodríguez-Cabrero 2003: 455 e ss; García-Espino 1998: 280; Pereyra 2003: 254 e ss; López Ibor 2005: 598.

⁷⁶⁰ Fronte ás 20 asociacións galegas, existen 23 na Comunidade de Madrid, 23 na Comunidade Valenciana, 45 en Cataluña, 1 en Asturias, Cantabria, Navarra, Rioja, Ceuta e Mellilla; 9 en Aragón, 5 en Euskadi, 12 en Castilla León e 16 en Castilla a Mancha, 14 en Andalucía, 9 en Murcia, 7 en Canarias, 10 en Baleares e 9 en Extremadura (pode actualizarse a información en: www.feafes.com/Feafes/DirectorioAsociaciones/DirectorioAsociaciones). En cada Comunidade Autónoma do territorio español a implantación desta federación é diferente dende 1983 como entidade para xestionar intereses comúns, ter unha voz unificada e xestionar a actividade interasociativa no eido da EMG (Rodríguez-Cabreros 2003: 468).

⁷⁶¹ A rede de asociacións Mind no Reino Unido (www.mind.org.uk), en Francia a UNAPEI ou UNAFAM (www.unapei.org; www.unafam.org) ou en Associação Portuguesa de Saúde Mental en Portugal. Nos Estados Unidos non obstante este tipo de movementos atopan vehiculizados polo NIMH (véxase a historia dun pai dun adolescente cun diagnóstico de Enfermidade Bipolar “navegando” entre as diferentes organizacións relacionadas con NIMH e os seguros médicos nos EEUU: Early 2006).

⁷⁶² Nome tamén ficticio.

⁷⁶³ Maruca 1: 18.

cuarto. Ten lugar entón unha pausa de media hora para saír, fumar un pitillo, tomar un café, etc. Despois do “recreo”, cada día da semana participan en talleres, actividades, escolas ou clases diferentes. Variando segundo as opcións de cada un, o seu estado de ánimo, ou a evolución da enfermidade. Habitualmente non repiten no seu taller de traballo, facendo “dobre taller”, salvo excepcións. A última media hora dedícase a distintas tarefas, algúns reciben a medicación, outros comen no comedor (cando hai recursos para un cociñeiro e a comida), outros reciben a comida para levala á casa ou ao piso tutelado. Sobre as dúas de tarde soben ás tres furgonetas que os reparten por toda a bisbarra. Os condutores adoitan rematar a repartición ás tres e media ou catro da tarde.

Horario	Luns	Martes	Mércores	Xoves	Venres
10-10.15	Primeiro contacto, distribución medicación				
10.15-12.15 Talleres de traballo	Talleres: deseño téxtil, enmarcado, pasta de papel, coiro, teares... (segundo tempadas, pedidos e evolución persoal)				Saídas, excursións e actividades de integración comunitaria
12.25-12.45	Descanso - Recreo				
12.45-13.45 Psicoeducación, rehabilitación	Grupos: Relacionate Vivendas	Grupos: Cóidate Coñece o ámbito	Grupos: Psicomotricidade Convivencia	Clase inglés Piscina Cultura xeral	
13.45-14.45	Distribución medicación, comidas				
Comida	Comida algúns no centro segundo presuposto asociación e distribución posterior				
As distintas opcións de actividades están indicadas con listas de usuarios para cada día e actividade visibles nos diversos taboleiros do local de Pérgola en Esteiro. Ao longo dos anos variou o número de actividades, os voluntarios e os horarios. Aquí ofrecemos un cadro resumo das anotadas nos últimos tres anos					

Táboa4 Horario Semanal Pérgola (2005-06).

Salvo que deban acudir a algunha cita médica, ou se atopen enfermos, ou ingresados no hospital ou calquera outra eventualidade, a rutina dun usuario de Pérgola é a que describimos a continuación. Por suposto inclúe visitas periódicas aos seus psiquiatras na USM de Esteiro ou nalgúns casos na capital urbana máis próxima. A maior parte das veces lévaos algunha das monitoras, educadoras ou condutores libres nese momento. Para acompañalos ao psiquiatra acode sempre unha psicólogo ou unha traballadora social. Para poñerse de acordo no transporte, ou para estar ao día do estado de cada usuario son claves as conversacións nos corredores entre os usuarios, cos traballadores e entre os traballadores entre si. Nestas conversacións “informais” lógrase comunicar unha orde flexible que permite adaptarse aos cambios dos usuarios, á mobilidade do equipo, en xeral, e á casuística de cada día.

Para a nosa descrición tomamos como referencia unha semana de xuño de 2007 durante a cal participei en tódalas actividades da Asociación como un usuario máis. Cada día da semana sentei nun dos talleres no primeiro período da mañá e en cada unha das clases ou seminarios do segundo período. Acompañei en varias ocasións os monitores na súas visitas á USM. O primeiro xoves de cada mes ten lugar pola tarde unha “Escola de pais” que tamén describo. O venres dedícase a saídas ou excursións. Coordínanse cos usuarios e monitores do outro centro de Pérgola para realizalas en común⁷⁶⁴.

Talleres: enmarcado, cestaría, teares, deseño téxtil, pasta de papel, coiro, barro.

⁷⁶⁴ Para a reconstrución desta semana fago uso das notas do meu caderno de campo. Tódalas citas e referencias están sacadas de catro cadernos cheos de anotacións, diagramas e esquemas escritos durante os anos de colaboración con Pérgola.

Para chegar ao polígono industrial onde está o edificio de catro anos de antigüidade da asociación hai que saír de Esteiro en dirección á capital urbana máis próxima. Tras cinco minutos en coche atrávesase todo o polígono con naves e almacéns. O edificio de Pérgola está na esquina tras unha rotonda pintada no chan onde adoitan dar a volta os camións de mercadoría. Ao estar situado sobre unha lomba ao final do polígono tódalas ventás do edificio miran sobre a ría de Esteiro coa desembocadura do río e as bateas mexilloneras ao fondo. O edificio ten céspede a ese lado, está rodeado por unha valla de aceiro negra con dúas portas, unha para as furgonetas e outra máis pequena para os usuarios. Á súa esquerda hai un almacén de distribución de xeados e conxelados. Un cartel discreto co logotipo de Pérgola e as placas da inauguración cos nomes das distintas axencias⁷⁶⁵ que o financiaron, dan entrada ao edificio.

O edificio dunha soa planta é como unha nave industrial máis das que o rodean. Tras cruzala porta

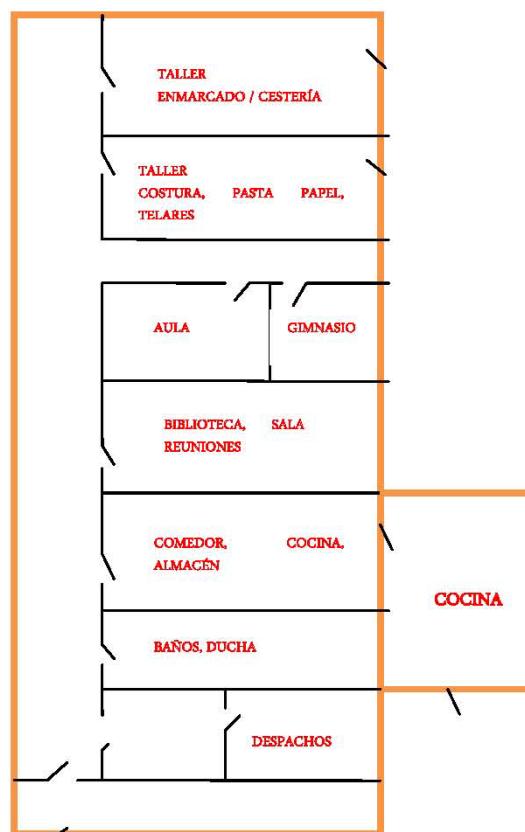


Ilustración18 Plano Pérgola

accédese a un hall acritalar sobre unha estrutura de aluminio onde están os usuarios e traballadores fumando cando chove ou fai frío (a modo de “peceira”). Ten un longo corredor cunha cristaleira ao fondo e tódalas dependencias orientadas á dereita con vista á ría, de costas ao polígono. Ao entrar atopanse, primeiro, un par de despachos unidos por unha parede de cristal onde está a dirección da asociación con mesas, arquivadores, ordenadores, nunha decoración típica de oficina. No primeiro despacho adoitan estar Marvel ou Macarena, ou algunha outra das monitoras ou traballadoras. Aquí atenden o teléfono e reciben tódalas visitas. Mercedes, a directora ocupa habitualmente o segundo despacho.

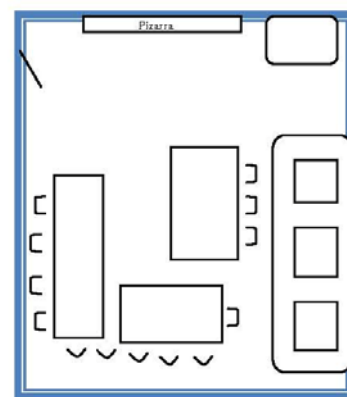


Ilustración 17 Aula

Tralos despachos, unha porta dá acceso a dous cuartos de baño, amplos e acondicionados para minusválidos con silla de rodas, con ducha. Atopamos a continuación a entrada a unha sala comedor, cun espazo con sillóns para tomar café dunha máquina de moedas e ao fondo o acceso á cociña cos seus fogóns, armarios, neveira e despensa. A biblioteca é a seguinte sala, con mesas para as diversas reunións en pequenos grupos e uns sillón cunha televisión, video e DVD. Un pequeno corredor á dereita cun banco de madeira dá acceso a un pequeno ximnasio e unha aula con tres ordenadores e unha pizarra.

⁷⁶⁵ Consellerías da Xunta de Galicia, Concellos da bisbarra de Oleiros, Administración Estatal, Fundacións, Unión Europea cos plans PRODER, entidades da banca privada e doazóns privadas.

Ao fondo do edificio atópanse os dous talleres. Son con diferenza os espazos máis amplos e luminosos con cristaleiras nas súas paredes do fondo con vistas sobre a ría. A separación co corredor é cunha parede de cristal polo que as actividades dos dous talleres son sempre visible dende o exterior.

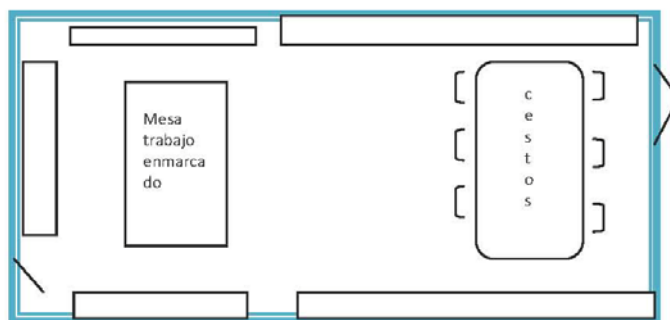


Ilustración19 Taller enmarcado e cestos.

O primeiro taller está dividido en tres espazos para tres grupo de traballo sen separacións físicas.

No primeiro traballan dous grupos sentados en dúas mesas paralelas. Estes dous grupos traballan usualmente con pasta de papel, pequenos obradoiros de coiro e na elaboración de bolsas de papel co logotipo de Pérbola pintado a man. No segundo espazo, ao fondo con máis luz natural, sobre unha mesa ancha repleta de teas está habitualmente o grupo de costura. Nun extremo da mesa hai unha máquina de coser. Entre ambos os dous espazos e apoiados sobre as paredes, atópanse os teares con fíos. Toda a parede da dereita está cuberta con armarios pechados con tódolos produtos elaborados xa e os diferentes utensilios que necesitan.

O segundo taller está tamén dividido en dous espazos. No primeiro arredor de varias máquinas e unha gran mesa, traballan case sempre de pé, o grupo de enmarcado. Teñen a maior parte dos seus materiais no corredor común. Ao fondo, paralelo ao ventanal, está a mesa cos materiais do taller de cestería. Ao seu arredor, en estantes a diversas alturas e á vista están os cestos a medio facer e os diferentes elementos usados.

Luns: taller de enmarcado / taller de estados de ánimo.

Cada día as furgonetas ao chegar atopano centro aberto por algún dos monitores. Marvel, Macarena, Maia ou Mafalda están xa, xerlamente, nos despachos ou talleres para recibilos. Dous dos condutores das furgonetas son ademais mestres dos talleres de cestería e enmarcado. O terceiro condutor fai labores de bedel e cociñeiro.

Coa chegada tralos primeiros intercambios de información, o primeiro pitillo ou un ratiño sentados nos bancos, distribúense polas diferentes aulas ou talleres. Case tódolos días algúns usuarios atopanse cansos, demasiado durmidos pola medicación ou enfermos. Nestes casos, só excepcionalmente, permanecen vendo algunha película, tomando café ou durmindo nos sillón dispoñibles. En ocasións van tomar unha manzanilla á cociña ou descansan na biblioteca. Se tratase de algo máis grave, van acompañados ao centro de saúde.

No taller de enmarcado traballamos cinco persoas dirixidas por Mauricio. Este explícame os diferentes labores que realiza cada un. Eliseo encárgase con Eduardo de buscalas pezas de madeira coas que cortarán os marcos na máquina. Eusebio traballa coa máquina eléctrica cortadora en ángulo das pezas de madeira. Eliseo coloca as grampas que fixan a imaxe, fotografía ou obxecto a enmarcar. Elia encárgase de envolver con plástico protector e logo papel os encargos xa rematados. Eu traballo un anaco con Eduardo na selección das pezas de madeira do corredor: están numeradas e Eduardo mira

lentamente todos e cada un dos números ata atopar o que Mauricio encargadolle buscar. Logo paso a recortar pezas de cartón con Eusebio que servirán para manter firmes os elementos enmarcados. Mauricio está pendente de todos, indicándolles como facer cada cousa. Unha vez distribuído o traballo cada un dos usuarios realiza o seu labor en silencio cunha música suave de fondo. Cada certo tempo entra alguén de fora a encargar un novo traballo. Mauricio axúdalles na escolla dos tipos de marcos para cada traballo, fixan un prezo, fan unha ficha cos datos de contacto e póñense de acordo sobre o día de entrega. Salvo excepcións, coméntame Mauricio, nunca apuranse demasiado. O éxito deste taller, que achega moitos ingresos a Pérgola, está nos prezos competitivos, non na súa velocidade de traballo. O trato con Mauricio é de respecto, sen unha autoridade forte, con pequenas bromas entre tódolos integrantes do taller.

No mesmo cuarto están a traballar ao fondo no taller de Cestaría con Maro. Neste entra e sae xente constantemente pola porta de acceso ao corredor central. Ese día Marvel aparece de vez en cando traballando cunhas pezas de barro encargadas para un congreso de médicos en Santiago. Ao pouco tempo volve Marvel para poñerse de acordocunha señora sobre un encargo dos detalles para unha voda que van fabricar: catrocentos chaveiros e unhas flores de papel para entregalos seus convidados. Ao anaco aparece Macarena para preguntarlle a Eduardo cando lle toca acudir a revisión ao psiquiatra á capital.

Á unha menos cuarto todos levántanse dos seus labores e comezan a pausa. A maioría van á cociña a tomar un café, comprar un bocadillo que preparou o cociñeiro. Xúntanse para fumar ou dar un pequeno paseo arredor do centro sentándose nos bancos con vistas sobre a ría, fumando a mairía. Os monitores aproveitan para xuntarse na cociña e compartir un bocata. Maro parece selo especialista en bocadillos. Cada un adoita traer comida que teñen na neveira da cociña, compartíndoa cos demais. Este esquema durante as pausas repítese cada día da semana.

Trala pausa a maioría repite nos talleres. Outros quedan fóra falando e fumando, alongando o descanso todo o que poden. Elia, Edith, Eliseo, Eladia, Edelmira, Eusebio e eu desprazámonos á biblioteca con Marvel para un taller que denominan de “Emocións” ou “Estados de ánimo”. Sentamos todos ao redor dunha mesa rodeados de cadros doados nunha parede e libros na outra.

Marvel senta cun xeonllo flexionado sobre a cadeira contra o seu peito. Leva unha bata branca que usa para traballar no taller. Comeza falando ela pedíndolles que conten o que fixeron cada un durante a fin de semana.

Edith conta como a fin de seman acompañou a Elena na visita a filla desta na casa da súa tía, collendo ambas un autobús para desprazarse a un nucleo urbán cercano. Parece que as supervisoras dos pisos de acollida non foron avisadas desta visita o sábado pola mañá. Marvel xa o sabía antes de entrar, deixa que Edith explique para indicarlle que non pode facer iso de novo sen avisar, pois ao non o facer pode “poñer en marcha un dispositivo sen necesidade”. Edith descúlpase, tímida, poñéndose colorada.

Eladía conta ao grupo, mirando a Marvel, como este fin de semana “deixou de facer tantas cousas e deixou que a súa nai ás fixera”. Fan referencia a algo que acordaran anteriormente, pois Marvel remachacalle, como un tema que parece repetirse sempre con Eladía, que non pode ser tan negativa e facer sempre ela todo na casa. Afirmando a continuación que non fixo suficiente, ou a súa torpeza. Eladía a escoita para a continuación queixarse de que as súas cuñadas e sobriños non foron visitalos durante a fin de semana.

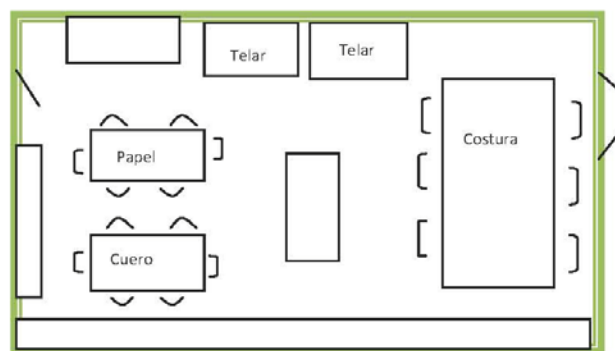


Ilustración 20 Taller papel, cuero e confección.

Edelina e Elia falan pouco. Edelina conta como Elías recolleunas e foron xuntos en coche ata un pobo costeiro a pasalo día. Fala con alegría mentres Elia, que acaba de saír dun ingreso de dúas semanas no Gil Casares, a mira cun sorriso forzado. O domingo Edelina traballou nun posto da venda ambulante en Esteiro, mentres Elia facíalle compañía.

Eusebio narra como axudou á súa nai na limpeza de escaleiras que cada semana debe realizar. Ponse bastante contento ao relatar a comida do domingo. Os seus tres irmáns viñeron de visita dende Castilla á casa familiar onde vive. A pena, di, é que se foron rápido.

Tras esta posta en común e constatar que Eduardo foise ao piso tutelado por ter ese día un forte catarro, Marvel inicia unha actividade con eles. Reparte uns folios e uns bolígrafos. Nos folios están debuxadas unhas caras. A tarefa consiste en asignala cara debuxada a unhas frases. Trátase de identificar diferentes estados de ánimo. Edith, Eladía e Elia teñen problemas para establecela asociación. O resto fano concentrados e con bastante rapidez.

Mentres continúan eu vou a Esteiro. Con Margot e Elena, que esperaba sentada calada nun banco en fronte dos despachos imos ata a Unidade de Saúde Mental. A Elena tócalle a revisión co seu médico. Imos no coche particular de Margot e traémonos de volta a Pancho que ese día non acudiu a Pérgola pois foi directamente a Unidade. Pancho tiña que recoller metadona.

Margot preséntame a todos e cada un dos membros da Unidade antes de que pase a consulta Elena. Melón é o médico psiquiatra do SERGAS da maior parte dos usuarios. Ten tamén unha consulta privada. Algúns dos usuarios de Pérgola pasaron antes pola súa consulta privada para ser remitidos co tempo a Pérgola e a súa consulta gratuíta no SEGAS.

A USM está composta ademais por outra médica: María que encargase da unidade de drogodependencias e que ese día nos dá metadona para varios dos usuarios de Pérgola. Hai dúas enfermeiras: María Dolores e María José. Finalmente tres traballadores máis: unha psicóloga (Marta), unha asistente social (Mari Carmen) e unha pedagoga (Menchu).

Tras regresar a Pégola, algúns usuarios reciben a súa medicación, outros levan as súas bolsas con comida, mentres algúns quedan a comer no centro. A maioría sobe nas tres furgonetas que os distribúen por toda a bisbarra.

Martes: taller de bolsas de papel / taller de psicomotricidade.



Ilustración 21 Día traballo Taller enmarcado e cestos

Mariana abriu hoxe. Charlo con ela mentres vemos entrar

aos usuarios. Fuman os seus cigarros, sentan a descansar ou algún pon a súa bata branca antes de dirixirse lentamente aos talleres. Hoxe estou no taller de pasta e de bolsas de papel, do taller compartido con confección e teares. A monitora é Margot. Mentres distribúe o traballo entre as mesas escoitamos música suave dunha radio. De cando en vez alguén pide cambiar de emisora porque non lle gusta a música. Érguese e cámbiaa.

Nunha mesa síntanse os máis deteriorados fisicamente, con cadeira de rodas Pastor, ou Eusebio que é incapaz de pronunciar unha frase completa, ou Evaristo sen dentadura e con escasas habilidades motoras. Encárganse de dobrar papel de embalar para facer bolsas de papel. Fan unha pequena cadea de montaxe. Margot fai as dobreces previas, deixando claramente marcadas as liñas por onde logo dar forma ao papel e construír as bolsas. Pastor e Evaristo dobran as follas de papel polas dobreces dándolle forma as bolsas. Eusebio vai collendo cada unha e aplícalle cola cun pincel. Finalmente, Pancho e Elias péganlles unhas asas que Margot previamente recortou.

Paso despois ao taller de pasta de papel. Edson, Elías e ás veces Eusebio fan tiras de pasta de papel para logo confeccionar pendentes. Outros días cosen pequenas pezas de coiro para confeccionar chaveiros ou almofadas con formas diversas. Ese día traballaban con pasta de papel, cola e serpentinas para facer broches, pendentes e colgantes. Eusebio axudaba de cando en vez a Margot cunhas placas de pasta de papel para un congreso de médicos.

Evaristo é bastante lento. Sonriente e sen moitas habilidades colle bastante ritmo cando tratase dunha tarefa repetitiva. Ao pouco tempo vai demasiado á présa na cadea de montaxe. Evaristo para entón cando algún compañeiro recrimínalle pausadamente a súa velocidade. Entón para, e ao cabo duns minutos é incapaz de comezar. Margot acode a explicarlle como debe facer. Comeza de novo Evaristo a acelerar... Pastor non se pode levantar, ten as uñas longas co que ten que esforzarse moito nos detalles das dobreces das bolsas. Cando remata cada bolsa avísame para que a coloque no seu sitio, mirándome constantemente para ver se eu o fixen ben. Mentres traballamos nas bolsas cóntanme Pastor; explícame

as dificultades de aceptar a súa condición mentres mira durante un par de minutos as dobreces antes de ser capaz de continuar co seu labor.

Ao cabo dunha hora Margot déixame só coas dúas mesas pois hoxe lle toca baixar dous usuarios á USM de Esteiro. Hoxe teñen a súa revisión da medicación e para conseguir así as receitas gratuitas.

Durante a pausa sento con varios dos usuarios. Hoxe con Edith, Eduardo e Elia mentres algúns fuman na “peixeira” acritalar da entrada. Despois comparto uns bocadillos de queixo e xamón que hoxe trouxen eu para os monitores na cociña. Os usuarios non entran alí, só para comprar os bocadillos elaborados polo cociñeiro.



Ilustración 22 Marcos feitos en Pérgola.

Margot regresou xa ao finalizar o recreo, ela encárgase tamén do taller de psicomotricidade. Unímonos a ela no ximnasio e dá comezo a hora de psicomotricidade. Hai oito usuarios na aula cun espello nun dos seus laterais. Margot pon unha música suave e comeza co que denomina un queentamento previo. Estamos colocados nun círculo amplo mentres vai facéndonos mover tódalas articulacións do corpo, comezando polo cuello e rematando polos nocellos. Margot vai dando indicacións a aqueles que quedan demorados, citándoos sempre polo seu nome. Perpetúo e Pedro reciben varias amoestacións, porque non seguen as súas indicacións e están constantemente ríndose dos outros. Logo, comeza a clase propiamente.

Facemos tres exercicios e xogos. Primeiro cunha pelota que saca dun armario pechado con chave cheo de material deportivo. A pelota serve para indicar varios movementos de arriba abaixo segundo as indicacións da monitora. A maior parte dos usuarios teñen dificultades para seguila pero pouco a pouco todos movense. O segundo xogo é de atención e memoria. Un de nós ten que facer un movemento que logo todo o grupo debe repetir. Finalizamos cun exercicio de relaxación cunhas esteiras que saca do armario para tombarnos no chan. Os máis grosos teñen moitas dificultades para sentar, tombarse, e tras os dez minutos coa música a un volume máis elevado, incorporarse dende o chan. A hora acaba cun exercicio de imitación dos movementos de suba por unha corda. Margot indícame ao saír que ela normalmente ten os martes a outro grupo diferente, pero que para ser un grupo novo, non o fixeron mal. Lograron moverse. Salvo Perpetuo e Pedro que non deixaron de falar e dar a lata.

Durante media hora os monitores de forma aparentemente desordenada van repartindo a medicación, preguntando as últimas novidades e facendo que suban ás distintas furgonetas para distribuílos polos diferentes domicilios.

Mércores: Taller cestaría / taller “Comunícate”.

Cando entro Marvel recíbeme de novo no centro. Trala chegada dos usuarios nas furgonetas, únome ao taller de cestaría co seu monitor Maro. Somos nove sentados arredor da mesa do fondo do taller. Dous ou tres moven as mans con certa destreza trenzando as varas húmidas sobre unha base de cartón duro. Maro vai dándonos a cada un unha cruceta que preparou el sobre a que comezar un cesto. Os cestos son de diferentes tamaños, formas e cores. Realízanse cun dos trenzados máis sinxelos. Maro

indícame como comezar un cesto. Non é moi difícil pero require concentración, paciencia e certa habilidade coas mans.

Cinco dos sentados á mesa non fan case nada. Pedro e Perpetuo quedan durmidos de cando en vez co cesto apoiado sobre a barriga. Eladio e Evaristo traballan un poquiño, quedan parados mirando ao teito e volven despois trenzalas varas dos cestos con lentitude. Edson pasa a maior parte do tempo movéndose pero sen facer gran cousa do cesto grande no que traballa. Piedade dorme a maior parte do tempo, cada media hora sae ao baño, deixando un halo de tabaco ao regresar. Pedro esperta e comeza a falar de forma inconexa, repetindo frases mentres parece estar a contar unha historia. Sen vir moito a conto, seguramente debido a que Maro fala nese momento con Elena, Pedro comeza a dicirlle que está moi gorda. Continua así durante un bo anaco, chegando a ser bastante desagradable. Mentres fala sobre a obesidade move o seu inmensa barriga sobre a cadeira para que non lle caian os seus pantalóns cheos de manchas. Maro acode sen aparente relación co seu delirio para indicarlle como debe seguir co seu cesto. Ao pouco o fío de voz de Pedro, como fío musical do taller, cambia de tema, volvendo á “historia” que narraba antes.



Ilustración 23 Taller Enmarcado.

Detrás do aparente caos no taller Maro ordena, suave, pero permanente. Moi lentamente cada un realiza unha parte pequena do cesto que ten asignado durante as case tres horas. O taller está repleto de cestos rematados en estantes e caixas. Maro acode á cadeira de cada un para indicarlle o que debe de facer en cada momento. Comparte taller ese día con enmarcado e cunha parte do grupo de pasta de papel. Marvel e Mauricio achéganse de cando en vez a falar con el, intercambiando información ou poñéndose de acordo. Co descanso á 1 menos cuarto, Maro coméntame que hoxe foi un día especialmente malo. Mira a Pedro e Perpetuo mentres saen.

Durante o descanso estou un anaco na cociña cos monitores, falan sobre a saída do venres. Tratan de poñerse de acordo sobre quen irá e quen non cos usuarios. Como chove a maior parte dos usuarios están sentados nos bancos que hai no corredor ou fumando na “peixeira”. Non falan nunca de esquizofrenia, loucura ou enfermidade mental. O vocabulario empregado polos traballadores de Pérpola, nos seus mini reunións nos corredores, despachos ou na cociña, céntrase en como esta cada usuario cada día: descompensado, ten problemas coa medicación, está moi decaído ou triste, etc. As emocións e o equilibrio grazas á medicación son o centro das conversacións.

Tras a pausa sete usuarios, unha psicóloga en prácticas, Mariana (psicóloga) e eu ímonos á aula. Imos ao taller que denominan “Coñécete”. Mariana queda de pé mentres os demais sentamos (véxase distribución na ilustración). Escribe na lousa verbos que levan consigo situacións públicas nas que é necesario falar, comunicarse. Pídelles que escollan un dos verbos, erganse, saian ao encerado e conten o que farían nesa situación. Evaristo, Edelina e Elia non pronuncian unha palabra durante o tempo que dura o taller, aínda que aparentemente miran aos que saen a falar en público e parecen atender.

Elena é a primeira en saír. Elixé subir a un autobús tras deixala botella de auga pequena que sempre leva consigo. Explica o que fai, con xestos, como cando vai á súa casa as fins de semana. Sen moitos comentarios dos seus compañeiros, Mariana dálle as grazas e senta de novo no seu sitio.

Eduardo érguese a continuación e quedará alí, diante do encerado fronte ao grupo, o resto do taller. Fala principalmente con Edson con quen comparte piso, e ocasionalmente con Elena. Edson e Elena din que sempre foron moi tímidos. Non foi a enfermidade a causante da súa timidez, custoulles sempre comunicarse. Edson conta como pasaba moitas horas sen falar con ninguén nas barrigas do barco onde traballaba como mecánico. Sen vir moito a conto, engade: “ás veces esquezo que estou enfermo”.

Elena di entón que todo o mundo en Esteiro sabe que eles son de Pérgola. Cando van a un café, ou a unha tenda, todo o mundo sabe que son EMG. Mariana toma entón a palabra. Di que non sempre son os outros. Proponlles que se pregunten “¿Por que?” Non se trata sempre dos outros, nós debemos facer sempre algo por comunicarnos. Non podemos andar por aí cun estigma. Elena pregúntalle entón que significa estigma. Na explicación da palabra Mariana repite bastantes veces que non teñen nada malo, senón unha enfermidade “como outra calquera”. Utiliza en varias ocasións enfermidades como a diabete e o cancro como exemplos para a súa comparación coa enfermidade mental. Todo o resto do taller centrase en explicacións de Mariana. Repite unha e outra vez a normalidade da súa enfermidade, a necesidade de esforzarse por establecer comunicacións cos outros, sen prexulgar o que vanme dicir.



Ilustración 24 Cestos feitos en Pérgola.

Ao saír coméntame que hoxe a sesión estivo especialmente ben, pero que non é normal. Eduardo foi a clave, comenta. Levou a voz cantante durante a maior parte e fixo falar aos outros. Especialmente a Edson, quen normalmente esta calado e cando fala asocia unhas palabra con outras nun discurso delirante. Hoxe non obstante estivo centrado, atento, achegando cousas ao grupo. Mentres fala comigo, a rapaza das prácticas de psicoloxía espera. Despedímonos ao tempo que Mariana trata de animar á futura psicóloga para que volva como voluntaria tras finalizalas súas prácticas obrigatorias. A psicóloga en prácticas, ex alumna miña, tras unha semana, apunta un crítica ao modo de traballar en Pérgola. Di que non traballase sobre a “conduta dos enfermos”.

Xoves: Taller costura / clase inglés / piscina.

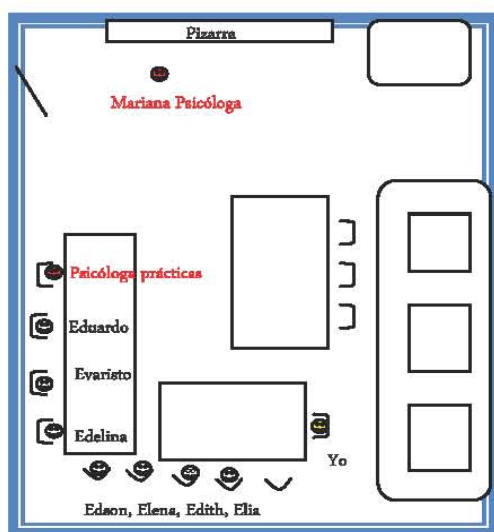


Ilustración 25 Taller "Comunicate".

Mafalda é hoxe a encargada de abrilo centro. Mentres os outros usuarios se distribúense polo edificio, diríxome con ela ao taller de confección. Hoxe somos cinco, Mafalda explícame que moitos teñen catarro porque normalmente a súa mesa está chea. Coméntame que os teares os usan agora para encargos concretos porque dan moito traballo e os fíos son moi caros. Mentres ponme a encher unha tea con forma de oso, explícame que a maior parte das teas e fíos que usan para confeccionar cousas son doazóns e retallos de varias fábricas téxtiles da bisbarra. O resto fórono comprando ao longo dos anos.

Segundo entramos no taller cada usuaria retomalo labor que estaba a facer o día anterior, sen indicación ningunha de Mafalda. Séntame con Edith para encher un anaco estreito de tea. Están a preparar peluches pequenos para un pedido dunha cerimonia de voda. Edith, Elena e Paula recortan, cosen e ganduxan as diferentes formas de acordo cuns patróns previos. Mafalda axuda de cando en vez a Eladia. Ao anaco cheguen Petunia e Paula. Incorporáanse ás mesas, unha recolle un labor de agulla de gancho, a outra únese ao grupo que recorta os patróns. Saúdan ao resto tras pasar uns minutos. Mafalda está sentada á mesa como unha máis. Cada certo tempo alguén levántase e pregunta, sen levantar a voz, e preguntan se o que fixeron está ben ou non. Mafalda corrixe, as cousas repítense ou séguese adiante. Ela está ao mesmo tempo a traballar con outro pequeno grupo nunha mesa pequena; son teas para facer pendentes e broches segundo un deseño sacado dunha revista.

Edith indícame con paciencia os trucos para introducir o recheo nos pequenos espazos da tea. Lévame case dúas horas facelo, e ao rematar, Mafalda dime que está mal distribuído o recheo. Cunha agulla redistribúeo ata que queda perfecto, con movementos rápidos e diestros. Corríxeme sen recriminarme o evidente fallo, provocando a miña aprendizaxe.

Ao cabo dun anaco Edith, Elías do taller de bolsas do mesmo cuarto e eu, comezamos a unir fíos longos para facer cordas. Mafalda necesita rematar uns vestidos para unha feira medieval que celebrárase dentro de pouco. Pérgola participa cun posto de venda e necesitan reparalos vestidos que fixeran o ano pasado. Tras media hora deste labor, volvemos sentar para intentar rematalo osito de peluche que tras dúas horas e media de intentar encher deixo sen rematar.

Normalmente os xoves adoitan baixar ao inicio da mañá a colocar un posto de venda no mercado semanal de Esteiro. Altéranse varios dos usuarios para atendelo e vender durante a mañá. Elena, Edelina ou Edith normalmente solicitan ir. Outros usuarios non van nunca. As razóns para non ir son variadas: timidez, alegan uns, non verse capaces de dar cambio, polo frío, etc.

Durante a pausa falo un bo rato con Mafalda mentres comemos un pequeno bocadillo. Os usuarios están mentres tanto a fumar, sentados nos bancos no exterior, tomando un café no comedor ou sentados descansando nos distintos bancos que hai no corredor.

O día anterior Perpetuo deixara o taller de cestería. Comezou a pasar unha máquina eléctrica cortacésped polo exterior do edificio. Non paraba quieto en ningún momento. Mercedes, a psicóloga directora do centro, falou con el preguntándolle se tomaba a medicación. Perpetuo non contestou as súas preguntas aproveitando ter nese momento ter que volver ás furgonetas. Mercedes “ameazoulle” con facerlle volver ao internamento no hospital por orde xudicial se non tomaba a medicación. Perpetuo subiu nervioso á furgoneta. Esa noite alguén rompeu unha das ventás do despacho de Mercedes. Hoxe chamaron o seguro tras darche parte á Garda Civil. Perpetuo non apareceu polo centro nos talleres, nin no lugar onde debían recollelo pola mañá coa furgoneta. A Garda Civil búscalo. Mercedes tamén ten informando por teléfono de que Perpetuo non pode seguir en Pégola.



Ilustración 26 Tela feita en Pégola.

Na pausa pónenme ao día destas novidades e cóntanme que Perpetuo “estaba a proba”. Remitido polo hospital onde estaba ingresado por orde xudicial e debido á perseveranza da familia malia as dúbidas do equipo de Pégola. Non mencionan o delito que poido cometer. A agresividade de Perpetuo, o seu enfrontamento con outros usuarios, e sobre todo a aparición do cristal roto motivaron a solicitude de reingreso. Cóntanme tamén que Pedro tamén está “a proba”. Neste caso por ser un pirómano reincidente. É dunha casa rica dunha parroquia rural interior de Oleiros. A súa familia déixao só na casa, rodeado de montes onde xa foi detido en varias ocasións por provocar incendios. Pedro estivo xa en tres ocasións en Pégola, como substitución do seu ingreso nun hospital por orde xudicial. Delira, fala constantemente e métese cos outros usuarios. Tres semanas despois, cando paso por Pégola en xullo, non hai sinais nin de Pedro nin de Perpetuo.

Trala pausa unha furgoneta de usuarios vai á piscina de Esteiro. Con Maro e Mauro como monitores acoden á piscina municipal coas súas bolsas con

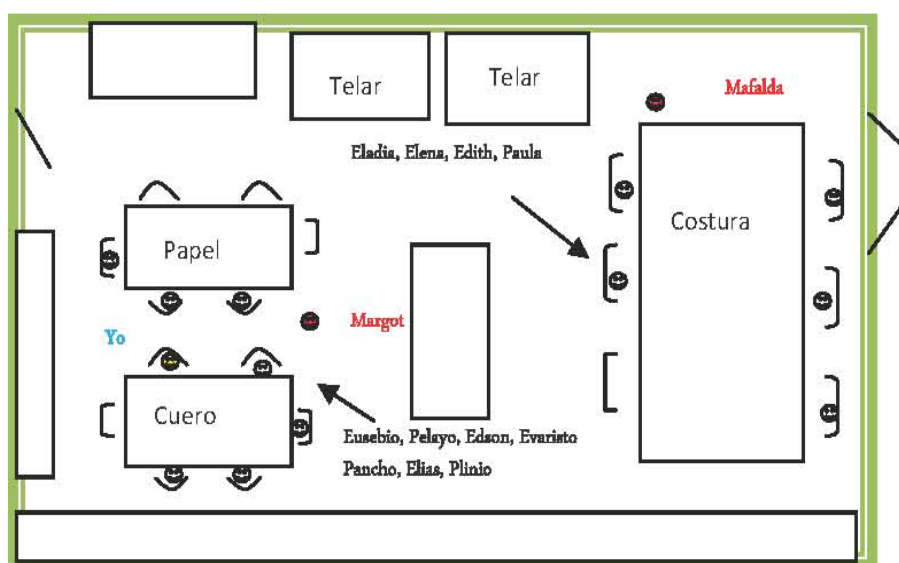


Ilustración 27 Día traballo no Taller de confección, papel e coro.

toallas e bañador. A maior parte dáse un baño na piscina climatizada, dáse un baño de burbullas ou

acode ao ximnasio. Os monitores coméntanme que non fan moito exercicio, pero que por pouca actividade física que realizan é positiva, contribuíndo á súa relaxación e benestar.

Os restantes, salvo dous ou tres que prefiren quedar fumando nos arredores, véñense á aula comigo. Temos unha clase de inglés e filosofía durante unha hora. O primeiro e segundo ano da miña colaboración con Pégola unha profesora compañeira do meu traballo levábase á metade do grupo que non fora á piscina, e facían tests (estivo a realizar este labor de forma voluntaria). Os que consideraban difíciles as clases de inglés, ou elixían ir coa profesora, sentaban durante unha hora na biblioteca a realizar test psicotécnicos para traballar a atención, a memoria e as súas habilidades de escritura. Polo traslado desta profesora a outro instituto, non vén xa os xoves. Hoxe polo tanto véñense todos comigo á aula de inglés e filosofía.

Adoito dividir a clase en dúas metades. Na primeira vemos algo de gramática inglesa ou vocabulario, con actividades que potencien a súa autoestima. Na segunda parte adoitamos ler algún texto de filosofía en inglés, reflexionando sobre o sentido das frases dos grandes pensadores. Adoito falar todo o tempo en inglés, repetindo as mesmas frases unha e outra vez, con distintos niveis gramaticais e facendo un pequeno resumo ao final en galego.

Eduardo, Peregrina, Edith, Edson, Elías, Elena, Elia, Eladio e Pancho son alumnos asiduos ao taller de inglés e filosofía. Os que chegan novos, como Paula ou Pedro hoxe pasan uns días mentres deciden se quedan comigo ou non. Outros veñen como Erea, Pablo, Pastor ou Epi acoden de forma esporádica dependendo do seu estado de ánimo, enfermidades ou os ingresos. Piedade e Petunia foron as miñas alumnas máis constantes durante estes anos. Non fallaron un só xoves nos que as dúas ronquen pracidamente ao cabo dun cuarto de hora. Os seus compañeiros danlles golpes ás veces porque non escoitan polos seus ronquidos medicados as palabras en inglés que repetimos xuntos nas clases. Adoito ter un mínimo de nove ou dez alumnos e un máximo de vinte alumnos cada xoves.

En ocasións levo algún compañeiro profesor dar a clase comigo. Como fixo Mercedes comigo ao principio, non contesto as súas preguntas sobre as enfermidades diagnosticadas dos alumnos. Contesto dicindo que non se preocupen, que observen primeiro, participen nas clases e logo tomamos un café e falamos. Por norma xeral os profesores que acudiron comigo chegan temerosos. Esperan atopar, confésanme, xente rara, delirando, como en “Alguén voou sobre o niño do Cuco”, confésame un profesor de inglés tras a súa primeira experiencia en Pégola. Agora vén de cando en vez a dar unha clase comigo.

Hoxe a clase é un pouco especial. É a última deste curso. Levo unhas botellas de refrescos sen cafeína nin azucre (hai varios diabéticos) e unhas cantas cousas para comer. Comen e beben todo de forma case compulsiva, en dez minutos xa non queda nada sobre as mesas. Síntome con eles a falar sobre os plans do verán, introducindo de cando en vez algunha frase en inglés para que repitan. Algúns deles vanse de excursión nunhas semanas a Ibiza. Trátase dunha actividade en colaboración coa FEAFES. En dúas ocasións ao ano van de excursión con outras asociacións de EMG de toda España. Estiveron xa en París, Londres, Canarias, Málaga.

Rematamos a clase. Saímos mentres uns recollen as súas cousas, reciben a súa medicación, bolsas con comida ou diríxense ao comedor. A maioría vai cara a fóra para unirse ao grupo que foi á piscina. Fuman un pitillo, soben ás furgonetas e marchan.

Unha escola de familias.

O xoves pola tarde, unha vez ao mes, reúnen-se na casa da cultura de Esteiro as nais dos usuarios de Pérgola⁷⁶⁶. As nais de Eduardo, de Edmundo, de Eladia e de Pancho están hoxe na escola. Estas dúas últimas viñeron xuntas no autobús, marcharansen tamén xuntas conversando sobre os seus fillos. Mariana dirixe a reunión, trae preparado un video sobre a Esquizofrenia dunha clínica catalá que finalmente non chegarase a ver. Cando a reunión iniciouse incorpórase a nai dun antigo usuario, agora, di, vivindo en Cataluña. Pouco despois chega tamén a psicóloga encargada do centro de Pérgola en Navia.

Mariana pídelles cada unha das nais alí presente que conten as últimas novidades. A nai de Pancho di que ultimamente todo vai ben, Pancho toma a medicación, ao mesmo tempo que non parece roubar nada na casa, como antes, porque non abandonou a metadona. Afirmar que o seu fillo está moito máis tranquilo, non sae tanto e as cousas van ben. Inmediatamente a nai de Eladia comeza a falar sen deixar intervir ningunha outra. Esta mañá Mariana chamouna dende o centro de saúde onde Eladia fora para unha revisión rutineira. Melón, o psiquiatra da unidade de Esteiro, atopouna moi nerviosa. Díxolle tras falar uns minutos con Mariana que debía ingresala para lograr compensala e axustar así a medicación. Mariana chamouna inmediatamente dende a USM co seu móbil. Ela non quere un novo ingreso, quere que Eladia estea na casa, que é onde está mellor, repite varias veces ao longo do seu relato. Pola mañá



Ilustración 29 Telares de Pérgola.

conseguiu convencer a Melón para que lle aumentase a medicación, comprometeuse a vixiar á súa filla máis durante a seguinte semana, e en caso de que siga “descompensada”, a ingresarían. De ningún xeito quería un novo ingreso. Explica na reunión que o seu marido estivo bastante malo, polo que Eladia traballou máis na casa e durmiu menos. Por iso o médico encóntraa “descompensada”. Pero non quere un novo ingreso da súa filla, que leva xa uns anos sen “necesitar” ningún.

Mariana explícalle que por iso a chamou, porque sabía que ela quería falar con Melón.

Inmediatamente a nai de Edmundo toma a palabra. O seu fillo non deixalas drogas, ese parece ser o problema, comeza dicindo. El prometeulle non volver consumir, pero, nárranos na reunión, cada vez que volve cos seus amigos da orquestra onde toca, volve estar de mal humor. Ela di que non consume, que prometteulle e re-prometteulle que non tomou nada. Ela di crelo, pero sempre que sae de casa, volve “revirado”. Mariana indícalle se non observa ela un esquema máis ou menos repetitivo no que acaba de dicir. A nai de Edmundo comeza entón a contar como desaparecelle o diñeiro de casa, como o seu marido e os irmáns de Edmundo xa non queren saber nada do asunto. Volve entón a repetir que ela cre



Ilustración 28: Posto no mercado de Pérgola en Esteiro.

⁷⁶⁶ O número de asistentes varía cada semana, dependendo das circunstancias de cada un. Sempre son as nais dos usuarios, nunca os pais.

que el non consume, que todo o problema é as amizades. Mariana dille entón, que no caso do seu fillo hai dous problemas unidos, e ata que non teña solución o problema das drogas, non os poden axudar en Pérpola co problema da Esquizofrenia paranoide diagnosticada ao seu fillo. A nai de Pancho media entón entre Mariana e a nai de Edmundo. Cóntalle detalles da historia de drogadicción do seu propio fillo, usa un vocabulario sinxelo pero moi directo. Dille basicamente que o seu fillo mentía unha e outra vez con tal de conseguir unha dose. Ata que ela negoulle a posibilidade de entrar na casa ata que estivese limpo de drogas o seu fillo non a tomou en serio.

A nai de Edmundo permanece entón calada un bo anaco. Mariana cóntalle o que fai Edmundo, o esquema ou ciclo repetitivo que quería que ela percibise. Edmundo ten un ingreso, no hospital estabilízanlle coa medicación. Volve entón á casa da súa nai compensado e compórtase de forma educada con ela. “¿Non é verdade?”, pregúntalle entón, e a nai asente. Pasa unha semana ou dous na casa, comportándose ben, tomando a medicación coa que vén do hospital. Volve entón aos talleres de Pérpola. Entón chámalo da banda de música onde toca, o seu fillo sale unha vez ou dous a tocar con eles, gaña algo de diñeiro e pouco a pouco volve comportarse mal. Vostede pregúntalle se consumiu, e el respóndelle que non. Vostede creo, e de súpeto volve outra vez unha crise que dará lugar a un novo ingreso. Mariana repítelle entón, unha e outra vez, que, ou asume que é un toxicómano. e que lle está a vostede enganando, ou non poderemos facer nada por el en Pérpola. A nai asente pouco convencida, escoitando, asentindo sen apenas dicir nada máis.

Tras unha hora e pico de conversación, dous das nais din ter que irse para poder coller o autobús que as leva durante hora e media ao outro lado da serra de Oleiros. Durante a reunión Mariana estivo sempre de pe mentres as nais sentanran na sala de conferencias da casa de cultura de Esteiro. Rematara reunión coas nais saíndo en parellas, tras darlle as grazas a Mariana. Repítelle que compartir a información sobre casos similares é o que máis lles axuda.

Venres: excursión con grupo do outro centro de Pérpola.

Sobre as dez tódalas furgonetas chegaron cos usuarios. Pasamos tres cuartos de hora esperando. Fórmase finalmente os grupos para as tres furgonetas. Tódolos monitores salvo Mónica e Macarena que quedan “facendo papelame” no centro distribúense polas furgonetas. Tódolos usuarios salvo Pastor, que ese día ten cita na Unidade, soben tamén ás furgonetas. Eu subo detrás con Maro como condutor, e catorce usuarios. Nas outras dúas furgonetas van outros vintedos usuarios e tres monitores. Suman un total de trinta e cuarto usuarios con cinco monitores (recollemos a Marvel ao pasar por Esteiro).

A nosa primeira parada é nunha casa de madeira ao bordo da estrada nos arredores de Navia onde está o outro centro de Pérpola. É o edificio cedido polo Concello. Lévanos case media hora chegar. Durante o traxecto no interior da furgoneta uns charlan, outros cantan, a maioría mira distraído a paisaxe. Síntome con Eladio. Charlamos mentres nos escoita Pablo atentamente. Eladio cóntame como o seu profesor de filosofía no instituto de Esteiro ensínolle os principais filósofos (é unha conversación que repetimos cos mesmos contidos e recordos ao longo destes tres anos). Nárrame tamén como o INEM fixolle ir a un instituto por diante do cal pasa a furgoneta. Tivo que facer un curso de electricidade para poder cobralo paro. Ao cabo dun anaco Pablo advértelle que teña coidado comigo, que

o vou entrevistar e facela ficha. Para dicilo vólvese completamente, nervioso, e remata a súa frase para sentarse de novo mirando cara a diante sen deixar de escoitarnos atentamente.

O local de madeira cedido polo concello está no borde da estrada, sen espazo apenas para aparcar os vehículos. Está rodeado por unha rede metálica cun pequeno espazo verde con dous eucaliptos sobre o fondo dun terraplén cortado para a facela estrada. Maira é a psicóloga encargada deste centro. Mapu é o monitor do taller de coiro. Ambos os dous ensínanme os tres cuartos nos que está dividido o seu local: dous pequenos despachos e un gran espazo que utilizan para todo tipo de talleres, reunións e actividades. Cántanme que entraron un montón de veces a roubar polo que non teñen case ningún material á vista. Como explicación dos roubos indícanme que este mesmo local foi antes a sede da unidade de drogodependencias. Trala rápida visita Maro e Mapu pónense de acordo sobre unhas charlas ás que ambos asistirán. Maira e Mafalda pregúntanme se teño idea de como arranxar un taladro que non logran conectar.

Os usuarios deste segundo local de Pérgola son catorce. Hoxe só están nove. Dous deles preguntan rapidamente quen son. Eugenio fala conmigo nun inglés con acento británico ao saber que son profesor de inglés. Durante o resto do día non deixa de mirarme e dirixirme preguntas en inglés ao tempo que me vai contando detalles da súa estanza en Inglaterra. O resto dos usuarios deste segundo local mestúranse cos de Esteiro, mantendo pequenas conversacións entre si. Dous non falan moito, parecen bastante durmidos, fuman un cigarro detrás doutro. Móvense cara á furgoneta ou andan cando o resto, ou coas indicacións dos seus dous monitores llo piden.

A miña chegada a este novo centro “descolócame”. Os case corenta usuarios do centro de Pérgola son caras coñecidas para min, pero os xestos, comportamentos e formas repetidas de moverse destes usuarios novos pónenme nervioso. Sorprendentemente descúbrome en tensión. Cústame entaboar conversación cos novos, polo que cando saio ao exterior poño-me a charlar con Eladio.

Tras uns cigarros, os encontros entre usuarios coñecidos, animadas charlas e saúdos durante unha media hora, encamiñámonos en catro furgonetas cara a un dolmen próximo. Moitos acenden un cigarro xusto no momento en que os avisan para saír. Fuman unhas caladas apagando o cigarro cun píe mentres co outro soben á furgoneta que correspondelles.

Edson senta ao meu lado. Comeza a falar-me da súa vida embarcado. Talvez motivado pola visión do mar azul ao fondo. Mestura a súa vida nas máquinas como engraxador cunha viaxe de vinte días a Sudáfrica tras reiterala súa capacidade de viaxar no tempo. De súpeto, cambia de tema e pregúntame se ese edificio polo que pasamos é o meu instituto. Trátase dun almacén nun polígono industrial. Mentres intentolle contestar comezou a relatarme unha visita da súa nai imaxinaria e de como estivo na guerra civil.

O interior da furgoneta ten agora un olor rancio. Contribúen a ese olor o suor polo día caloroso, a falta de limpeza diaria dalgúns dos usuarios é evidente nas súas roupas. A calor do sol ao mediodía contribúen a unha mestura de olores omnipresente.

Tras un traxecto curto, e perdernos un par de veces, baixamos das furgonetas. Camiñamos lentamente vinte minutos ata unhas rochas no medio dun bosque de eucaliptos e piñeiros. A visita inclúe

varios petroglifos cunhas siluetas de animais (cabras) e unha rocha rota coa estrutura dun dolmen. Aparentemente ninguén pon atención nas explicacións dos monitores, pero de forma desordenada todos queren ver as siluetas, colándose algúns por debaixo das rochas do dolmen. Pregúntanse entre si: “¿Que é, ou que temos que mirar?” Son como calquera grupo durante unha visita “organizada”.

Dirixímonos entón a un faro próximo con boas vistas sobre mar aberto. Nada máis desembarcar un dos do segundo local de Pérgola sae correndo cara ás rochas sobre o mar. Ponse a mear de cara aos turistas. Cando o seu comportamento parece indicar que vai cara ao acantilado e o mar, dous monitores achéganse sen aparente preza para tralo a unha zona máis segura. Fórmanse diferentes grupos para sentar ao sol. Gozan do sol e a paisaxe durante aproximadamente media hora. Fanse fotos con algúns móbiles.

Tódalas furgonetas se encamiñan a unha cafetaría próxima. Facemos unha longa parada de case hora e media. Dous dos monitores van directamente á barra da cafetaría para indicarlles aos camareiros que non lles sirvan alcohol nin ningunha bebida con cafeína. Maro sinálame a min ante a camareira indicándolle: “Manuel si pode”. A camareira suspira. Atende desgañada á cola de usuarios educados que vanlle pedindo xeados, descafeinados, coca colas sen cafeína, bocadillos, etc. Só un deles intenta colarse detrás da barra, facendo unha broma, para roubar unha botella. Maro mírao serio. Entón devolve a botella sen que a camareira decatase.

Sento un anaco cos monitores. A maioría pediu algo de comer porque son case as dúas, imos atrasados, comentan. Adóitalles pasar os venres porque é difícil moverlos e facelas cousas programadas cun grupo tan grande cumprindo os horarios previstos. Son, non obstante flexibles, pois eles mesmos son os que programan, fan, reorganizan e desfan. Dende a mesa nas que están sentados, exercen un control informal sobre todo o grupo. A través das cristaleiras ven os que quedaron fóra. Están sentadas en pequenos grupos con cafés, augas minerais e coca colas.

Antes de subir ás furgonetas, monitores e usuarios dos dous centros despídense. As tres furgonetas de Esteiro toman unha estrada, a cuarta volve cara á casa de madeira por outro camiño. De regreso imos deixando xa os usuarios en Esteiro ou na estrada cando coincide ben. Os ánimos están alterados, as conversacións son agora en tons máis altos mentres vanse despedindo. Chegamos ao centro de Pérgola en Esteiro sobre as tres e media da tarde. Os monitores aínda teñen que levar boa parte dos usuarios que viven do outro lado da ría.

Eu acabei esgotado. Entendín agora unha frase coa que un psiquiatra describía as súas tardes de convivencia cos internos dos anos setenta: “é necesario mascalo delirio, mascala carne da psicose”. El referíase á atmosfera provocada por un grupo de EMG xuntos. Teño que recoñecer que o meu único desexo durante boa parte do día era rematar pronto, chegar á casa e sentirme “normal”.

Complexidade asociativa.

Pérgola é unha organización privada, pero os seus fondos proveñen principalmente de institucións públicas. Esta contradición e a distinción privado / público sobre a que asentanse son os elementos máis importantes para comprendela complexidade coa que se traballa na asociación. A dependencia do financiamento público cos cambios políticos nas diferentes administracións da democracia (local, deputacións, galega e estatal) xera neste sentido un elemento importante para comprender esa complexidade. Indicamos a continuación unhas cantas observacións para sinalar como sobre esta distinción e contradición de base, construese a complexidade asociativa da EMG.

7

A atmosfera de Pérgola é distendida, informal. O trato entre tódolos seus integrantes é educado, cordial e carente de todo tipo de violencia. As conversacións entre os usuarios, nos talleres ou nas charlas entre usuarios cos diferentes traballadores son sempre nun ton tranquilo. Tódolos talleres non teñen como prioridade evidente a produción de obxectos, senón o labor lento de cada un dos integrantes. Os monitores indican sempre con paciencia cal é o seguinte paso que cada un ten que dar. Ninguén parece vixiar pero todo o mundo parece estar atento ás reaccións dos demais.

Os talleres e actividades están organizados para traballalas habilidades que coa Esquizofrenia deteriórannse máis. Os talleres de emocións, de habilidades comunicativas, de psicomotricidade están constituídos para traballar todas estas destrezas danadas co curso da enfermidade. En todos eles explicase unha e outra vez o significado e os síntomas da Esquizofrenia, da Depresión ou da Enfermidade Bipolar. Prevalece unha orientación organicista. A enfermidade é un fallo orgánico, cerebral. As pastillas deben tomarse para poder permanecer en Pérgola⁷⁶⁷. A visión organicista non se admite directamente, pero a base do tratamento e das ensinanzas a dá por suposta.

A información na asociación intercámbiase sempre de forma aberta, sen ocultala pero sen tampouco ofrecela publicamente como unha novidade ou un escándalo. Todo o mundo sabe do estado de ánimo ou da fase un pouco triste de tal ou cal usuario, ou do intento de suicidio daquel outro. Non obstante esa información comunícase con tranquilidade. Dalgún xeito Pérgola suple as funcións de intimidade dun sistema familiar. Tódolos elementos de información relevantes son coñecidos por todos ou case todos. Pérgola é dende logo un equivalente funcional das familias neste sentido, pero non é esta a súa única función.

Cando se produce unha crise dun usuario, ou o delirio dun deles é molesto para o desenvolvemento da actividade concreta que os demais están a realizar, a reacción nunca é violenta. Os traballadores ou monitores van directos ao asunto, sen dudar e con determinación. O resto de usuarios entenden e tratan de calmar ao usuario, sen en ningún momento cuestionar a actuación do monitor. A tranquilidade é sempre a norma: tranquilidade, decisión, determinación e firmeza. As dúbidas sobre que facer ou que pode estar a suceder non se discuten en público.

⁷⁶⁷ Cando as traballadoras de Pérgola len un primeiro bosquejo desta tese, para corroborala protección do anonimato, sorpréndelles moito esta apreciación do seu traballo. Axíña me "corrixen" indicándome que elas seguen unha orientación que entende a enfermidade mental como un fenómeno multifactorial: biolóxico si, pero tamén inflúen factores psicolóxicos e sociais.

Os traballadores da asociación reúnen formalmente un par de veces por semana, intercambiando a información sobre os casos novos ou os novos retos ou traballos pendentes. A maior parte da información relevante sobre o estado de ánimo, o curso da enfermidade de cada un, ou os problemas persoais de tal ou cal, intercámbiase nos corredores, na entrada ou saída dos despachos, talleres ou aulas. Así, as dúas supervisoras dos pisos pasan habitualmente tódolos días polas mañás para facer mil cousas nos despachos de Pégola. Nese momento cando o intercambio de información flúe.

Mariana⁷⁶⁸, na entrevista que mantivemos con ela, reflexionaba sobre aqueles casos onde fracasou o seu labor en Pégola. Para que un caso se integre ben en Pégola, di, deben confluír varios factores. A familia ten que estar preparada”, necesita información para iso. Os casos recién “xermolados”, no seu primeiro ou segundo brote de EMG, adoitan fracasar. Non teñen asumidala enfermidade e o entendemento connosco non funciona. O segundo factor esencial, sinala, é a medicación. Neste sentido ten que haber estabilidade coas pastillas. Non pode haber problemas engadidos de toxicomanías, e a medicación para a EMG debe funcionar de forma máis ou menos estable. Logo adoitan presentarse problemas co diñeiro, ata que non xestionase algún tipo de pensión, e ata que comprenden que o que pagan a Pégola non é case nada polo que reciben, non adoitan engancharse coa asociación. Os restantes fracasos, sinala Mariana, estan asociados a mala comunicación dos enfermos cos psiquiatras ou coas administracións. Dende a súa fundación pasaron 223 persoas por Pégola. Non todas, aínda a pesar de ter diagnósticos de EMG e medicación dende fai tempo, “quedaron” na asociación⁷⁶⁹.

Dalgún xeito o obxectivo fundamental de todas e cada unha das actividades en Pégola poderíase resumir nunha soa frase: “facer normal a EMG”, normalizar a EMG. O esforzo constante está en observar a EMG non dende o lado da súa violencia, risco ou perigosidade senón dende o lado da súa normalidade, estabilidade e riqueza. A observación da EMG en Pégola miraa en cada actuación dende o “coñecemento” do seu curso, síntoma e condicións. Asíse así o súa cronicidade, pero sen vela como unha lacra. É un *feito* dende o que hai que traballar, vivir e continuar facendo cousas.

Un elemento máis que anima cada acción desta organización son os proxectos de futuro. Neste momento é unha tenda de artesanía para vendelos obxectos fabricados no centro de Esteiro. Pero nos tres anos de duración desta investigación, sempre existiu algún proxecto de futuro sobre o que tódolos membros están informados e colaboran. Primeiro, o propio edificio onde agora está a sede da asociación, construída tras longos esforzos e negociacións. Despois os pisos tutelados: buscalos, xestionalos, atopar e seleccionalos usuarios indicados para ocupalos. Hoxe en día están a preparar a apertura dun cuarto piso tutelado tamén en Esteiro. A esperanza dun novo paso a dar na asociación, para mellorar os servizos ofrecidos, xoga un papel comunicativo clave.

Pégola cumpre polo tanto, primeiro unha función de sistema familiar tanto para os usuarios coma para as súas propias familias. Pero ademais cumpre funcións educativas, suplindo a familia (cando non existe) e as institucións educativas neste sentido. Súmanse, ademais, as funcións médicas, psiquiátricas e psicolóxicas. Pégola administra e organiza as visitas aos diferentes médicos que necesitan os seus

⁷⁶⁸ Mariana 1.

⁷⁶⁹ Véxase apéndice coa lista completa nunha táboa dos datos destes 223 usuarios de Pégola.

usuarios. Ao mesmo tempo o intercambio comprensivo de información sobre cada un deles, no contexto comprensivo da enfermidade, leva consigo unha función de psicólogo moi clara na asociación. Finalmente, Pérgola pretende ser tamén unha especie de centro de traballo, onde os usuarios poidan “voltar” ser funcionais neste sentido.

Dada a disparidade de casos, coa idiosincrasia de cada un e as súas familias, o grao de complexidade no que se integran están funcións escapa a calquera descrición. Pero Pérgola, dende logo, funciona.

Capítulo 8. Males de Familia.

“Recordo dúas escenas que parecenme as máis antigas. Pode que outras o sexan máis pero creo estas son as máis nítidas; non quizais nos feitos exactos, senón no sentimento de desdita e de estar condenado, coa miña nai, a soportar unha carga que nunca remataría.

Unha delas aconteceu no taller onde traballaba o meu pai. Eu debía ter uns cinco anos. Creo que a miña nai intentaba terme á marxe pero aquela vez o meu pai díxerlle que non ía volver á casa e que quedaría a durmir no taller. A miña nai foi comigo a buscalo. Ao chegar estaba no cénit da súa crise e berraba contra a miña nai dunha forma salvaxe, golpeaba no banco de traballo co seu puño, cun martelo ou co que pillase. Creo que debeu ser nesta ocasión que ameazou a miña nai con matala, totalmente fóra de si. Os seus motivos eran que as miñas tías (irmás do meu pai) ou a miña avoa, coa complicidade da miña nai, odiabano, desprezabano ante o resto da familia e el non ía consentir iso nunca. Eu tiña unha angustia dentro de min difícil de describir. Non era medo, creo porque a presenza da miña nai axudabae a non o ter. Era máis ben ansiedade por facer algo, por facer que se calmase, e non saber que facer, nin que dicir, e tamén vergoña, un medo, este si, de que a xente (os meus primos, os meus tíos, os meus amigos) puidesen ver ao meu pai daquela forma.

A segunda é unha escena parecida pero creo que máis tarde, na miña casa, co que eu tería máis de cinco anos. Creo que a recordo porque en crises anteriores, as persoas ás que o meu pai enfrontabase eran outras (algúns parentes, compañeiros de traballo) pero a súa ira sempre parecía respectarme, e mesmo conterse na miña presenza, pero naquela ocasión por primeira vez, o seu enfado traspasou aquela barreira e tamén eu fun para el dos que se poñían no súa contra”⁷⁷⁰.

Tódosos familiares⁷⁷¹ describen unha situación de *incerteza* intensa similar provocada pola aparición dun comportamento inexplicable. Non se sabe o que vai suceder a continuación, nin como actuar. Esta cita inicial recolle o máis repetido nas narracións de familiares. Nelas descríbese unha mestura de sentimentos ante a crise dun familiar. Primeiro “angustia”. Unha sensación de non saber que facer unida a unha intensa sensación de desamparo. Unha persoa próxima compórtase inesperadamente de forma perigosa e diferente. A angustia é unha reacción fronte ao descoñecido. Significa estar alerta, cun forte malestar psicolóxico, estar á espera do que poida pasar.

En segundo lugar, repítese a presenza de “ansiedade” ante a crise dun familiar. É un incremento das capacidades perceptivas na espera de saber actuar. Súmase a estes dous elementos unha anticipación das consecuencias da crise. Aparece entón o que Fernando chama “vergoña”, e o medo a que outros vexan, así, ao EMG. Estes catro elementos repítense nas entrevistas e na bibliografía. Non abandonan a vivencia dos familiares ao longo de todo o proceso que imos describir a continuación. Son unha contante, unha permanente ameaza⁷⁷². Aínda que exista xa un diagnóstico, un tratamento e certa estabilidade, esa incerteza e incertidumbre nunca desaparece. É a incerteza ante o imprevisible no comportamento do familiar. Esta incerteza e os sentimentos que a acompañan son sen dúbida o

⁷⁷⁰ Fernando 1: 2-3.

⁷⁷¹ Os datos para elaborar este capítulo baséanse en oito entrevistas biográficas con familiares de EMG, tres deles de Pérpola, ademais dos grupos de discusión, e a bibliografía secundaria apuntada nos apéndices. A estes datos hai que sumalas anotacións nos cadernos durante os anos de observación en Pérpola.

⁷⁷² Goffman (1972) describelo concepto de carreira moral como: “calquera traxectoria social percorrida por calquera persoa no curso da súa vida “...”; “[a carreira moral] introduce no eu dunha persoa, e no sistema de imaxes coas que xulgase a se mesma e aos demais “. (1972: 133). Usamos aquí neste sentido o concepto de Goffman para describilo camiño seguido na asunción persoal de familiares, xestores e enfermos mentais da presenza dunha EMG. O sentido do seu desenvolvemento é o factor máis importante aquí.

denominador común de tódolos familiares de EMG. Cada persoa vive esa experiencia cunha casuística propia. O seu vocabulario para describila é variado: desdita, culpa, tristura, responsabilidade, carga sen fin, a súa cruz, o seu castigo etc. Só a comunicación, a sociedade, con outros, dentro e fóra da intimidade familiar, dalle certo sentido e acougo ao vivir diario desa incerteza.

Primeira fase: negación e busca de información.

O primeiro paso é negar a existencia dunha EM. Búscanse entón outras explicacións. Filomena pensou que o seu marido drogabase⁷⁷³. Comezou a preguntar os seus amigos e veciños. Quería corroborar se detectaban, como ela, algo raro no seu esposo. Na maior parte dos entrevistados o grupo primario de referencia non adoita detectar nada estraño. É aquel que o vive, día a día, o que “ule, sente” que algo non vai ben. “O Meu marido non era o mesmo”⁷⁷⁴. Esa certeza xunto coa incerteza inicial marca a aparición das primeiras crises. Nestes momentos o psiquiatra é o último especialista no que se adoita pensar. O marido de Filomena atribuíu o seu éxito nos negocios nun período maniaco á súa boa sorte, recordando sempre con nostalxia eses períodos. Fiona atribúe ás drogas a evolución do humor alegre de Eduardo cara a un estado de ánimo cada vez máis taciturno.

Se visitase un médico adoita ser un médico de familia que atribue xeralmente o problema a unha doenza físico ou unha situación de estrés puntual. A comunicación funciona e o familiar atopou unha explicación. Filomena cóntame como a morte da súa nai coincidiu cun problema no talón do seu marido. Di, con ironía, como o seu marido estivo en cama preto de dous meses trala morte da súa sogra. Filomena recorda sentir un pouco de vergoña porque a el doíalle máis a morte da súa nai que a ela mesma. Nese momento esquece que estaba a criar dous fillos pequenos. Filomena achacou, en coherencia co médico ao que acudiron, ao problema do talón, a tristura do seu marido, non a un período depresivo dun bipolar como agora sabe⁷⁷⁵. Outra explicación usada frecuentemente é o estrés. Feli recorda como pensaba que o seu pai bebía e comportábase de forma estraña debido á recente morte da súa nai⁷⁷⁶. Fiona pensaba que o seu fillo sufriu algo estraño no internado onde estudaba de adolescente⁷⁷⁷. As malas compañías e o estrés daquel internado relixioso explicaban os cambios de humor. Calquera problema na infancia ou na adolescencia achacase ao crecemento ou aos trazos “normais” da idade. Temos polo tanto, que ante un primeiro contacto coa EMG non é definida como tal. Existe un período inicial de proba e erro que inclúe a negación da EMG como causa do “estraño” comportamento dos seus familiares.

Se o problema persiste, búscase entón información, primeiro entre os amigos e familiares próximos: “¿Que lle pasa ao meu marido, non o notas raro?” Cando as crises repítense e a incerteza incrementase, acódesse a un especialista. O tipo de especialistas aos que acodese varía en función de cada caso. Ás veces un familiar ou amigo próximo fállalles dun caso similar, recomendando este ou aquel especialista. É bastante común acudir primeiro aos médicos privados. A asunción, sempre implícita, e rara vez

⁷⁷³ Filomena 1: 2.

⁷⁷⁴ Filomena 1: 2-3.

⁷⁷⁵ Filomena 1: 8.

⁷⁷⁶ Feli 1.

⁷⁷⁷ Fiona 1.

verbalizada, é que se obterá un mellor servizo⁷⁷⁸ e discreción. Depende tamén do seguro médico que se teña, e das súas coberturas.

Comeza entón unha máis ou menos longa carreira ata atopar unha solución ao estraño comportamento do familiar. Esta carreira está chea de vaivéns e fracasos. Segundo os casos probanse todo tipo de terapias, buscando algo que de solución, que explique, pero sobre todo que tranquilice as situacións de crise.

Segunda fase: especialistas, diagnóstico, tratamento e redefinición da identidade.

Se as crises persisten chégase a un especialista en saúde mental. Os familiares de EMG coinciden en relatar algún punto de inflexión, un momento no que recoñecen que “todo veuse abaixo”. Non é un paso doado e en moitos casos leva consigo meses ou anos de crises, semanas sen apenas durmir. Filomena recibiu a chamada dun axente da policía tras chocalo seu marido contra un farol⁷⁷⁹. Na maior parte dos casos a situación chega a ser insostible, e a busca de axuda faise imprescindible. Existe a convicción de que para cousas “leves” debese acudir ao psicólogo, para “falar e facer test”, mentres que para temas máis “graves” acodese ao psiquiatra ou ao neurólogo. Filomena recorda que unha familiar psicóloga “recomendoulles” nos anos oitenta un psicanalista⁷⁸⁰. Acudiron a el. Non serviu para nada, e foi extremadamente caro, pois non o cubría o seguro do seu marido.

Fernando non recorda cando acudiu o seu pai por primeira vez o psiquiatra, pero si recorda unha longa lista de diferentes psiquiatras. Só un, que logo desapareceu ao ser trasladado, deu no cravo, e entendíase ademais cos seus pais⁷⁸¹. Esta cruzada é outra constante nos familiares dun EMG. Inician unha longa peregrinación por diferentes especialistas. O sociólogo David Karp no seu libro sobre a experiencia de familiares con Depresión en EEUU denomina a este proceso “tango social entre os emocionalmente enfermos e aqueles que tratan de axudalos”⁷⁸². Unha contenda por atopar unha resposta e un especialista axeitado que non remata nunca. Os familiares están sempre alerta ante novas posibles terapias, de calquera tipo. A incerteza persiste como base da relación coa EMG, por iso a busca de posibles respostas e as probas que poidan levar consigo nunca se detén.

Se algo dá resultado, os familiares aférranse a esa explicación. Tras visitar diferentes especialistas seguindo os consellos de familiares, amigos, veciños, etc. remátase visitando algún psiquiatra. Neste punto é importante comprender unha visión negra compartida por tódolos familiares entrevistados, e tamén polos propios EM. Vívese a certeza de que a psiquiatría e os servizos de saúde mental son un “pozo negro”. Todos coñecen historias de Conxo, ou dun psiquiátrico similar, onde os EM sufrían abandonados por todos. Os imaxinarios sociais da psiquiatría na prensa e o cinema son especialmente negativos⁷⁸³. A visión das institucións para enfermos mentais é pois negativa. De aí que se busque unha primeira consulta na “mellor” opción: a psiquiatría privada. Filomena recorda o primeiro ingreso do seu esposo tras a chamada da policía. Recomendada por un médico amigo o seu marido estivo ingresado

⁷⁷⁸ É sorprendente a ausencia de literatura sobre a práctica privada en xeral. Toda socioloxía é descrición útil socialmente.

⁷⁷⁹ Filomena 1: 10.

⁷⁸⁰ Filomena 2: 2.

⁷⁸¹ Fernando 1, 5.

⁷⁸² Karp 2001: 15.

⁷⁸³ Gabbard 1999 para o imaxinario da psiquiatría no cinema, dende o cinema en branco e negro ata os anos 90 do século XX. Baéz-Mesa 1987; EDIS 1990; Gamo 1989; Whitaker 2002 para a imaxe na prensa da enfermidade mental en Galicia, España e os EEUU.

dous meses nun Sanatorio privado. Como non tiña diñeiro abondo, tivo que pedilo prestado á súa irmá en Madrid⁷⁸⁴.

A medicina privada é escollida por dúas razóns claras. Primeiro polos xa mencionados “mellores servizos ofrecidos”. Pero hai unha segunda razón menos explícita. Esperase máis discreción e privacidade dun Sanatorio privado. O imaxinario dun Sanatorio de *repouso* domina sobre o do Manicomio. Se as crises son agudas e frecuentes os familiares rematan nas prácticas públicas, cunha resignación pragmática claramente enunciada.

Neste punto os casos varían, tanto polos recursos económicos como dependendo das épocas das que falemos. Se a economía o permite custéanse varios ingresos en Sanatorios privados de descanso ou rehabilitación, pero os entrevistados rematan inevitablemente por acudir á Sanidade pública. A EMG persiste e os recursos públicos acaban sendo a solución. Na transición e os primeiros anos do PSOE, o INSALUD só ofrecía neuropsiquiatras de cupo nos ambulatorios, con Conxo como saída para aqueles familiares máis graves. Despois ábreanse outras posibilidades públicas en toda Galicia ata chegar aos Dispensarios primeiro, e as Unidades de Saúde Mental despois. A constante en tódalas entrevistas con familiares e na literatura secundaria é un tenteo inicial na privada.

Ata os anos setenta en Galicia como vimos, o ingreso gratuíto debía facerse a través da Beneficencia, cun informe dun párroco ou unha declaración de non ter ingresos. Xestionado polas deputacións lográbbase o traslado a Conxo tras unha visita médica ou unha estancia nunha das salas de observación psiquiátrica nos Hospitais provinciais⁷⁸⁵. En Conxo, único centro público especializado en psiquiatría durante décadas, había tamén pacientes ingresados nunha sección privada (con pagamento de cotas das familias), ademais dos “protexidos” pola beneficencia dos concellos a través das Deputacións provinciais. Se falamos dos anos oitenta e noventa acódese entón ao médico de familia para obter un volante e ser atendidos nunha Unidade de Saúde Mental ou nun servizo de Urgencias que logo asignaríalle camas psiquiátricas.

É importante sinalar aquí de novo a incerteza. Neste caso trátase da perplexidade ante o sistema sanitario. Ningún ten unha clara idea de, ou, a onde acudir. A complexidade do sistema público de saúde é enorme. Á historia negra da psiquiatría pública engádese agora a experiencia de non saber a quen acudir. Os casos varían moito, pero ao non existir unha clara imaxe da complexidade do sistema sanitario existente acodese ao próximo, aos consellos dados por familiares ou por coñecidos con algunha experiencia na saúde pública.

Nalgúns casos forzase o ingreso, pois o paciente non acepta o encerro nun psiquiátrico público. Francisco⁷⁸⁶ relatábanos un ingreso forzado xudicialmente co seu pai. O seu pai tiña xa unha longa historia como Bipolar con múltiples ingresos. Uns amigos convencéranlle da necesidade de ingresar, di Francisco. Como non aceptaba entrar en Conxo por urxencias, convéceno dunha estancia de “descanso” nun Sanatorio privado non especializado en psiquiatría. Esa mesma noite, tras unha medicación equivocada e incendialo cuarto, unha ambulancia trasládalle de urxencias con camisa de forza a Conxo.

⁷⁸⁴ Filomena 2: 3.

⁷⁸⁵ Véxase capítulo anterior.

⁷⁸⁶ Francisco 2: 3.

A orde xudicial estaba xa arranxada, cóntanos Francisco, pero o seu pai aceptou finalmente o ingreso voluntario. Asinou voluntariamente o seu ingreso en Conxo ata obter a alta dous meses despois nos anos 90.

A peregrinación de médico en médico leva consigo unha contenda asociada coas diferentes medicacións e tratamentos. Ata atopar o que funciona pásase por unha longa peregrinación de proba e erro⁷⁸⁷. Os problemas non son só coa elección da medicación, senón tamén coa continuidade da súa toma por parte do paciente e coas doses axeitadas en cada momento. Tódolos familiares narran episodios de abandono das pastillas, en moitos casos auspiciados nos primeiros momentos polos propios familiares. Cando isto sucede unha nova crise aparece, en moitos casos necesítase acudir de urxencia a algún hospital, e de novo un ingreso. Entón pódese cambiar de médico ou non, continuar coa medicación ou non. Nos familiares entrevistados chega un momento no que unha medicación funciona, e mantense máis ou menos estable o comportamento do familiar.

Cando a medicación funciona, tras varios ingresos, o diagnóstico de EMG comeza a circular entre os familiares. Fálase xa de Esquizofrenia, de Depresión ou de Enfermidade Bipolar (Maniaco Depresiva). As palabras diagnósticas comezan entón a ter sentido para os familiares. Úsanas coincidindo coa negación da EMG dos propios “enfermos”. Saben “por fin” o que lles pasa aos seus familiares. Poden usar unha palabra coa que explicanse a incerteza que viviron e viven. Falan con outras persoas sobre as súas experiencias. Pero sobre todo atopan comunicación cun grupo de especialistas que lles dá solucións.

A chegada ao diagnóstico de EMG e a súa estabilización é contemplada polos familiares como un fito salvador. Trátase doutro punto de inflexión. O diagnóstico explica o comportamento estrño. Permite comunicarse tanto cos próximos ao enfermo como os profesionais. O diagnóstico “desculpa” o comportamento do agora xa enfermo, pero tamén o dos seus familiares próximos e amigos como resposta ao EM. Esta xustificación inclúe os comportamentos violentos das dúas partes: o enfermo e aqueles que conviven con el. Prodúcese xeralmente unha re-escritura ou re-lectura das experiencias vividas ata ese momento.

Un elemento co que os familiares teñen que encararse é coa culpabilidade ou responsabilidade. Dunha forma ou outra enfróntanse á culpa. Especialmente nas nais a culpabilidade está sempre presente. Un momento decisivo na aceptación do diagnóstico psiquiátrico é a toma de conciencia de que non foron a causa da enfermidade. En palabras dun esposo: “Eu non lle cause a súa depresión, nin podo curala. Non importa a cantidade de amor que eu lle dedique, non lle curarei. Dar-me conta disto permitíume continuar coidando da miña muller sen verme consumido pola súa enfermidade”⁷⁸⁸.

Cun diagnóstico dado, e un tratamento que funciona, iníciase un período de busca de información e intercambio de experiencias con outros. As nais de usuarios de Pérgola relatan o feito de como atoparse con outras persoas que viviran experiencias similares foi o que máis as axudou. Non sentirse soas e compartir a dor é clave para elas. Flora, nai de Pedro (Esquizofrénico cun longo historial de consumo de

⁷⁸⁷ Perfectamente descrito en Karp 2006.

⁷⁸⁸ Karp 2001: 18.

heroína, hoxe estable), fala con Florinda, veciña súa e nai de Pablo (Esquizofrénico, toxicómano recién chegado a Pégola cun ingreso recente) durante unha das Escolas para as familias de Pégola⁷⁸⁹. Flora cóntalle as súas noites de espera mentres o seu fillo saía. Relátalle como Pedro recaía unha e outra vez na droga e nas súas crises. Como mentíalles e como ela críalle ata que non puido máis. Florinda a escoita sen apenas dicir nada. Cando a reunión remata seguen conversando camiño do bus público que as levará á casa.

Terceira fase: vivindo coa EMG, cambio de identidade e aceptación.

Unha vez obtido o diagnóstico prodúcese unha nova crise entre os familiares. A EMG dá explicación, pero chégase rapidamente á constatación de que os tratamentos non curan a enfermidade. Comprender na súa totalidade o que leva consigo un diagnóstico dunha EMG non é tarefa doada. É máis ben un proceso sen un final. Este intento de aceptación é máis doado atopalo nos familiares, que nos propios enfermos. E os familiares son conscientes desa diferenza. Repiten outra vez: “é a enfermidade”, non son eles mesmos. A falta de conciencia de enfermidade, é un síntoma de enfermidade.

Soñan cun momento de curación no que a incerteza, o estraño comportamento, e a EM desaparezan. Todo poderá ser entón desculpado e perdoado porque a causa desaparecería. Soñan con poder continuar as súas vidas sen a presenza da EMG.

A EMG non desaparece nin ten cura polo que volven as crises, sucédense os internamentos. Unha conciencia de “condena”, como nos dicía Fernando, é inevitable. Ademais iníciase entón a loita cos familiares enfermos por manter a medicación primeiro, e por aceptar os ingresos cando as crises o requiren, segundo.

Cada crise grave acaba cun internamento máis ou menos longo. Sucede en moitos casos que non aceptase o diagnóstico, co que o proceso de peregrinación en busca de solucións iniciase de novo. Os expertos repítenlles que a cousa irá mellor se aceptan o diagnóstico e axudan no mantemento da medicación.

A maior parte dos familiares explícanse a EMG como unha enfermidade do cerebro. Algo falla aí arriba, algo está descompensado e a medicación axuda a repoñer ese equilibrio. Xustifícase así o estraño comportamento, apágase a ansiedade e permite sobrevivir á vergoña.

Dende a xeneralización dos tratamentos farmacolóxicos a partir dos anos oitenta e noventa, os familiares comezan a ter aos enfermos máis e máis nas súas casas. Trátase entón de vivir coa EMG e co propio familiar. En moitos casos pásase por diferentes períodos de separación. Os familiares de Pégola atoparon no centro de Rehabilitación un descanso e nalgúns casos unha saída para os seus familiares nos pisos tutelados da asociación. Temos entón dúas posibilidades, por un lado, están aqueles que fanse cargo persoalmente dos seus enfermos. Por outro lado, aqueles que por diferentes razóns non o fan. Nestes casos é clave a proliferación dende finais dos noventa das asociacións de EM (a vellez da poboación galega é tamén relevante neste sentido).

⁷⁸⁹ Gravación desta Escola en Pégola.

O proceso remata cun paso sen final: vivir cunha EMG. O comportamento estraño ten explicación na EMG, pero aínda que a medicación axude, os seus fillos, maridos, pais ou irmáns seguen mal. Tódolos familiares de EMG explicanme a súa aceptación do diagnóstico, ao mesmo tempo que tódolos enfermos explicanme outras causas para dar conta da súa estraña forma de ser. Os psiquiatras definen esta non aceptación como un síntoma do mal funcionamento cerebral de toda EMG (ou por unha mala aprendizaxe se falamos dende unha psiquiatría máis psicolóxica ou psicoanalítica).

Cuarta fase: o futuro incerto.

A maior parte dos familiares de Pérgolas son persoas de certa idade. A incerteza que se lles formula entón é, ¿que vai suceder cando eles xa non estean ou xa non os poidan atender? A preocupación e incerteza da que falamos dende o principio deste capítulo non ten final. A conciencia de que a súa única achega é estar aí para o enfermo agudízase. A súa preocupación foi atendelos, reorganizando as súas vidas en torno á EM, a incerteza volve aparecer ante un futuro sen os seus coidados. A intimidade familiar coa EMG é a intimidade coa incertidumbre, nunca desaparece.

Íntima complexidade.

8

O sistema social familia enfróntase coa aparición dunha futura EMG cun reto. Un comportamento estraño, inexplicable na vida ata entón “normal”, irrompe na intimidade familiar. As explicacións razoables abandónanse unha tras outra ante a persistencia do comportamento inexplicable. Nin as drogas, nin a crise ante un problema persoal, nin o estrés poden xa explicalo. Existe unha primeira distinción clara dende a que observase a EMG do familiar, e esta aprendese con dor. Hai un antes e un despois nas súas vidas, un antes e un despois da primeira crise. Esa é a distinción coa que observan todo o proceso da intimidade da EMG do seu familiar. A incerteza, o medo, estar sempre alerta coa angustia e a ansiedade atópanse do lado da nova situación. Todo o demais reinterpretarase no futuro dende esta incerteza básica.

Coa aparición da primeira crise iníciase a busca dunha explicación. O primeiro recurso adoita ser a somatización ou as crises psicolóxicas debidas a circunstancias persoais. Mediante un método básico de proba e erro vanse observando a sucesión das crises e a persistencia do problema. Non desaparece, e non se comprende. Acódeuse entón a toda a rede de relacións sociais nesta busca. Médicos, especialistas de diversa índole van achegando probas para unha terrible constatación: o problema non desaparece e séguese sin comprender o porque do estraño comportamento do familiar. Nin a cara medicina privada nin tódolos esforzos calman as crises. Os problemas van entón en aumento, ata que a situación faise insostible e acabase acudindo a un experto en saúde mental. Chégase pois a un primeiro psiquiatra. Pero entón a loita por atopar axuda, sentido e unha solución, topa cunha especie de pozo negro contradictorio. A psiquiatría non é precisamente estimada, é máis ben temida. A vergoña de acudir ao psiquiatra acabábase asumindo ante a persistencia do trastorno. Dalgún xeito tódolos entrevistados acaban acudindo á psiquiatría pública, o custoso de tódalas outras opcións, ante a persistencia do problema, convértea na mellor solución.

Vén entón a perplexidade ante o sistema sanitario e o seu funcionamento. Un primeiro diagnóstico dunha EMG simplifica notablemente as cousas. Pero xorden novos problemas e contradicións. A peregrinación ata atopar o especialista en psiquiatría que entendase co familiar é un primeiro grande cabalo de batalla. O segundo é sen lugar a dúbidas a medicación. O diagnóstico ofrece unha inestimable solución, a EMG ofrece sentido, explicacións e permite sobre todo falar abertamente dende un concepto no que pode chegar a saber algo. Elimina ademais a culpabilidade que encerra a presenza dunha EMG na intimidade da familia. Agora hai alguén a quen culpar: a culpa de todo tena a EMG. Se todo se debe a un desarranxo do cerebro e non á mala educación ou a traumas infantís, a tranquilidade ofrecida co diagnóstico é máxima. Non é a maldade ou mala intención do marido, esposa, pai ou irmán, a enfermidade domíno e por iso fai esas cousas.

Non hai que esquecer en todo o proceso descrito que a clave está na persistencia do problema. A comunicación co familiar non é a mesma dende a aparición da primeira crise, e aínda que se chegue ao diagnóstico, iso non leva consigo a desaparición do trastorno. A primeira distinción entre o antes e o despois desa primeira crise mantense porque, agora sábese con certeza: a enfermidade prevalece. A medicación, os tratamentos e a estabilización relativa da súa forma de actuar corrobóranos. Pero ábrese

outras incertezas, aos que os sistemas sociais tratan de dar solución. Os familiares dos usuarios de Pégola perciben os problemas de cando eles xa non estean vivos. Pégola, como sistema social, é a aposta de todos eles para comunicar expectativas comunicativas de sentido.

A EMG non soluciona a enfermidade, hase de vivir agora coa cronicidade. Pero polo menos permite enxergar esperanza. Ao comunicar a complexidade da súa íntima relación coa EMG dos seus familiares perpetúanse e créanse sistemas sociais. Con eles asegúrase futuro, para os seus familiares.

Capítulo 9. Males de médicos.

9

“Eu non estou queimada. ¡Este traballo queima!”⁷⁹⁰

Ofrecemos dous perfís biográficos esquemáticos, María e Matías son dous xestores da EMG en Galicia⁷⁹¹. A continuación describimos o perfil da carreira observada nos psiquiatras e especialistas en EMG en Galicia. Fixámonos nos cambios nas distincións coas que danlle sentido á súa práctica profesional, e en como vai evolucionando nas súas biografías a comunicación da EMG.

María nace nunha vila do interior de Lugo. Ten trinta e cinco anos e dirixe como psiquiatra a unidade de drogodependencias de Esteiro. Está casada e ten dúas fillas pequenas. O seu marido traballa nun supermercado preto, en Navia onde viven nun piso. Nese mesmo piso pasa consulta privada polas tardes, mentres que polas mañás traballa en Esteiro.

Tras estudar ata os dez e seis anos nun colexio privado de monxas no mesmo pobo onde naceu, rematou a educación secundaria en Ourense pois trasladaran o seu pai alí. Decide estudar medicina pola influencia dun tío, médico, que contaballe sempre as historias dos seus pacientes. Os seus irmáns tamén fixeron unha carreira universitaria

Remata a secundaria e aproba a Selectividade. Pasa un mes nun pobo próximo a Esteiro para logo rematar en Londres aprendendo inglés. Comeza a estudar medicina, pero cústalle bastante. Perde un ano tras unha crise persoal pola ruptura cun noivo. Cando xa está en quinto fai o rotatorio polo servizo de psiquiatría no Hospital de Toén en Ourense. Gústalle como funcionaba aquel equipo, moi “distinto” pero realmente eficiente. Remata a carreira e durante un par de anos intenta aprobalo MIR estudando co seu tío médico, pero non o logra, así que decide “emigrar” para facela especialidade en Portugal. Durante catro anos estuda e traballa como voluntaria de psiquiatría en Porto, nun Hospital Psiquiátrico onde trataban tódolos pacientes do norte de Portugal. Fórmase cos herdeiros do novel polas lobotomías. Ten moitas dificultades para lograla convalidación oficial do seu título de especialidade en psiquiatría en España. Finalmente en 1992 volve a Galicia, casa e inicia unha serie de substitucións de médicos xerais durante o verán na zona de Vigo. En 1993, case por casualidade, chega contratada polo alcalde á unidade de drogodependencias de Esteiro. Un ano despois abre a súa consulta privada en Navia. Durante os dous anos seguintes exerce como psiquiatra na unidade en Esteiro, cría as súas dúas recién nacidas fillas e mantén a súa consulta privada. A súa concepción da psiquiatría é “intimista”. Gústalle a relación que logra manter cos seus pacientes, pero preocúpalle moito manter a distancia persoal con eles. Ela é, á fin e ó cabo, unha médica.

⁷⁹⁰ Mariana 1:1.

⁷⁹¹ Para a redacción deste capítulo utilizouse o material de quince entrevistas con xestores da EMG en Galicia: psicólogos, psiquiatras maioritariamente e enfermeiros. Utilizouse tamén a información dos grupos de discusión. Ademais, empregamos as anotacións dos cadernos durante os tres anos de investigación en Pégola. A isto débese sumarse a bibliografía secundaria. De todo iso se pode atopar cumprida información nos apéndices, un deles dedicado aos xestores da EMG.

Matías ten corenta e un anos cando o entrevisto nunha USM de Coruña. Naceu en Madrid nunha familia acomodada. Estuda en colexios privados de elite, ata que decide estudar medicina na Universidade complutense onde licenciase coa súa promoción. Marcha durante un tempo a Cracovia para estudar alí terapia familiar. Á súa volta pasa un ano de asistente no Hospital Gregorio Marañón. Aproba sen problemas o MIR e elixe, malia tódalas expectativas familiares, unha das prazas menos cobizadas: o Hospital Psiquiátrico de Toén.

Matías trasládase a vivir dentro do propio Hospital, onde durante catro anos “mascala loucura”. Unha vez rematada a súa formación, compaxinándoa cos seus estudos de psicodrama en Madrid, pasa un ano sabático en Boston, estudando psiquiatría sistémica en Pau Alto.

Volve a Ourense como interino da sección de psiquiatría. Aproba as oposicións como psiquiatra do sistema penitenciario pero acábao deixando porque pasabase máis tempo na estrada que “vivindo”, pois debía desprazarse dende o cárcere de Monterroso no interior, ata Toén. Volve entón a Madrid onde exerce a psiquiatría privada durante dous anos. Gaña varios premios de literatura e completa a súa formación en psicodrama. Tras varias estancias en París formándose con varios especialistas en psiquiatría comunitaria gaña unha praza nunha capital galega. Logo chegará a xefe de servizo e reorganizar toda a área de psiquiatría da cidade.

Durante varios anos non pode desempeñalo seu labor ao ser impugnado o concurso público co que gañara a súa praza. Nese tempo completa a súa tese en antropoloxía sobre unha parroquia do interior de Ourense. En 1995 consegue por fin empezalo labor de organizalas oito dependencias administrativas coas que funcionaban os dispensarios, unidades ou camas de psiquiatría no sector público da cidade. En 2008 gaña unha praza similar noutra capital galega onde a súa función é coordinar tódolos dispositivos de psiquiatría desta cidade.

A súa narración biográfica está repleta de actividades diversas, non só relacionadas coa medicina: escribe literatura, e en xornais locais, é membro da academia galega da lingua, toca o violín. A súa concepción da psiquiatría é sempre ampla e chea de ironía. O seu traballo é xestionar os psiquiatras, como médico *debe dar receitas* e medicación, pero está convencido de que *a que cura realmente é a relación persoal co enfermo*.

O rol de psiquiatra: a súa formación.

O rol do especialista en Psiquiatría cambiou en Galicia ao longo dos anos. A principios do século XX traballaba como empregado en institucións de Beneficencia para ir pouco a pouco ingresando nas filas da Seguridade Social, primeiro, e do SERGAS despois. Sen abandonalas consultas privadas. Unha das primeiras constantes nas biografías dos Psiquiatras é, salvo unha pequena paréntese cunha lei de incompatibilidades de escaso éxito durante un dos gobernos do PSOE, o mantemento destas dúas formas de atender enfermos. Un bo exemplo é Manuel, quen sendo director de Conxo traballaba dúas horas neste Sanatorio polas mañás e na súa consulta privada de pagamento polas tardes (para “facer diñeiro”

xustificame Manuel⁷⁹²). A diferenza entre as dúas prácticas, apunta Manuel, estaba no tempo que podía dedicarlle os pacientes de pagamento, fronte aos escasos dez minutos dos pacientes da pública.

Outra constante nas entrevistas con psiquiatras é o escepticismo nos tratamentos hospitalarios. Poucas esperanzas vense nos tratamentos dos seus pacientes nos asilos, polo xeral con diagnósticos de EMG, mentres que nas súas clínicas ou consultas privadas tratábanse enfermidades máis liviás. A diferenza semántica entre psicose e neurose proveniente da psicanálise séguese mantendo. Hoxe en día, os psiquiatras falan dos Hospitais como centros de agudos, fronte aos crónicos tratados noutros servizos.

Outra constante en tódolos psiquiatras é a unión entre, por un lado, unha das tendencias da psiquiatría recoñecida por cada un como predominante, sobre ela constrúen a súa identidade como psiquiatras. Pero unido a esa perspectiva teórica orientadora, temos, por outra banda, un claro *escepticismo*, que dá lugar a un *eclecticismo* e a un *pragmatismo* clínico. Tódolos psiquiatras entrevistados manteñen unha postura teórica de base. Todos teñen unha tendencia teórica que os orienta, por exemplo, predominantemente bioloxicista como Mira, ou fenomenolóxica como Manuel, ou etnopsiquiátrica como Mauricio, ou lacaniana como Manuel. Usan esta tendencia base como diferenza dende a cal comunicanse cos demais especialistas. Dende ese lado da diferenza comunican, critican, postulan, observan.

En contraste, ningún deles descarta as outras teorías psiquiátricas existentes, das cales tiveron nutrida información ao longo das súas carreiras profesionais, tanto nas facultades coma nos anos de práctica a través dos seus contactos con outros profesionais. Na USM1 sentan á mesma mesa tódalas posturas psiquiátricas existentes, “comunicándose” perfectamente para a atención médica.

Ningún psiquiatra descarta outras teorías, pero todos manteñen unha postura escéptica. Dada a “postura base”, e o escepticismo, a única postura coherente é o eclecticismo. Tomar de cada posición teórica posible o necesario cando un paciente o necesita. Na práctica clínica diaria isto supón pragmatismo. Se nada funciona cun paciente, consultase cos compañeiros. Próbanse esta ou aquela terapia, ou tal medicamento, do que oíuse falar. Remítese ao paciente ao compañeiro de traballo que xa resultou efectivo, funcionolle algo cando a un mesmo non. Os contactos entre psiquiatras son constantes, así como a derivación de pacientes entre si.

Os anos de formación.

Tódolos psiquiatras entrevistados contrastan a diferenza entre a formación recibida na carreira, demasiado teórica, co enfrontamento co paciente “real”. Ese paciente real do que denominan a “clínica” (“mascar” a loucura, o deliro, di Matías referíndose aos seus anos de traballo en Toén). Esa diferenza precisamente sérvelles para construír o seu eclecticismo teórico, cunha base nunha teoría “incuestionada” a un nivel creencial, unido a un pragmatismo clínico.

Existe unha diferenza entre os psiquiatras maiores e os máis novos. Os primeiros recibiron a súa formación durante o Franquismo, cunha orientación teórica fenomenolóxica antropolóxica (no “estilo” humanista de Laín Entralgo ou López Ibor⁷⁹³). Os máis novos formáronse nos anos da Transición, cun

792 Manuel 1: 10.

793 Véxase semántica da psiquiatría analizada nesta mesma tese. Tamén Duró 2008.

modelo predominantemente psicanalista enfrontado á psiquiatría franquista para ir xirando cara a unha tendencia bioloxicista a medida que nos achegamos cara ao presente. Os estudantes en prácticas, os MIR recién saídos dos exames, teñen predominantemente unha postura máis organicista cunha derivación cara aos psicofármacos como terapia dominante. Pero estes tres grupos diferentes coinciden en sinalala clara diferenza entre a formación teórica inicial e a práctica clínica real. Sobre esta diferenza xustifican a súa práctica pragmática: facelo que funcione para o paciente⁷⁹⁴. Usan “calquera cousa” que funcione co paciente, estea esta ou non en coherencia coa súa postura teórica dominante.

Moitos dos meus entrevistados psiquiatras formáronse con López Ibor ou a escola de Vallejo en Madrid nalgún momento das súas carreiras. Posteriormente traballaron ou formáronse con algún psiquiatra “galego”, ben Villamil na súa clínica privada en Vigo ou Cabaleiro en Toén. O contraste entre ambas as dúas, a interpretación diferente que cada psiquiatra fai de cada un deles, depende da perspectiva psiquiátrica adoptada como propia. Manuel ve en Ibor e na escola de Moniz en Portugal onde se formou, a clave da súa psiquiatría antropolóxica, con “amplos miras” cara á complexidade humana⁷⁹⁵. Ao mesmo tempo sinala o abuso de fármacos en Conxo, pagados pola xestora sen problemas; efectivos pero “sen esa cálida” relación humana. Manuel consultaba dúas horas aos seus 750 internos polas mañás. Polas tardes atendía na súa consulta privada. En contraste Matías aprende da man de Cabaleiro en Toén para logo atopar o seu propio camiño entre a bioloxía, o psicodrama e o sistema inmune como clave futura das EM; e unha psiquiatría de sector eficazmente coordinada. Melchor non obstante estudou tanto con Villamil coma con Ibor, para emigrar despois en busca de traballo. Cando volve a Galicia exerce nunha Casa de Mar como psiquiatra asesor dos tribunais de invalidez que outorgan as Pensións. Melchor é sen lugar a dudas o prototipo de eclecticismo.

Todos comparten unha reticencia inicial, como os pacientes e os familiares, no uso de drogas contra a EM. Saben da reticencia social que sobre elas existe. Pero todos recoñecen usalas, estar ao día en tódalas novidades que os visitantes médicos poidan ofrecerlles. Matías expresa esa crítica, engadindo ironía sobre o comportamento dos seus compañeiros, ao chamar “psico-turistas”⁷⁹⁶ aos psiquiatras viaxeiros aos congresos no “Caribe” pagados pola industria farmacolóxica. Matías mesmo, isto esquéceao ao facela crítica, viaxou becado en numerosas ocasións no estranxeiro.

Un paciente “especial”.

A maior parte dos traballadores coa EMG recoñecen un caso especial nos seus anos de formación ou nos primeiros anos de traballo real con enfermos baixo a súa propia responsabilidade, xa sen o amparo das prácticas, os supervisores, titores ou profesores. Reproduzo a continuación un texto longo da miña conversación con María porque traballa nunha Unidade de Toxicomanías en Esteiro. Serve de ilustración tanto para este tema recorrente entre os psiquiatras, coma tamén para contextualizalo problema do diagnóstico e a súa negociación. Reproduzo este longo fragmento pola riqueza coa que María explica a influencia no seu traballo das relacións sociais en Esteiro.

⁷⁹⁴ Melchor 2: 3.

⁷⁹⁵ Manuel 2: 15.

⁷⁹⁶ Matías 2: 13.

*“Tiven en Esteiro un caso que afectoume bastante. Fixen todo o que puiden. Un paciente, alí só vexo toxicómanos, un paciente con dependencia dos opiáceos estaba separado e tiña dúas fillas. En consulta falábame de, como a súa muller vivía preto... Falabame sempre de que a quería matar. Dende que eu empecei en Esteiro, en xaneiro, falábame de que a ía matar. Dáballe voltas. O rapaz, era moi pasivo. Tiña un trastorno da **personalidade**. Era unha persoa moi pasiva, non tiña espírito. Custáballe moitísimo facer calquera cousa. Vivía só nunha especie de cuarto que deixáralle a súa avoa. Os seus pais estaban separados, o pai tiña xa outra familia, pero tamén vivía no pobo. El era fillo dun pai armador de moito diñeiro. Isto marcábao bastante. Bebía en exceso. Tiven moita relación con el. Tiñamos bastante boa relación porque el falaba bastante e eu tirábao bastante da lingua. E conseguira cousas. Como por exemplo, que empezase a saír un pouco do cuarto esa na que estaba. Puxéranlle unha tenda de útiles de pesca, que ao final vendera, vendera todo. El falara coa súa irmá para que lle comprase unha dorna, para ir pescar. Polo menos entreterse un pouco polas tardes.*

Cando o rapaz empezou a ter un pouco de confianza comigo, despois de moitas consultas, de moitos meses, empezou a contar a historia de que a ía matar, de como a ía matar. Decía que así rematábanse tódolos seus problemas, porque el se sentía utilizado. Foi o seu primeiro amor. Casou con ela. El vendía, por aquel entón, era camelo manexaba moito diñeiro. O ritmo de vida que tiñan era moi alto, e ela estaba afeita a ter moitas xoias, pelas, a estar hoxe aquí, e mañá alá no outro lado. El deixou de consumir, e púxose a tratamento. A ela, segundo el (eu nunca tiven oportunidade de falar con ela, porque a chamei varias veces, pero nunca acudiu), a ela non lle fixo moita graza. Que deixase de traficar porque ía perder ingresos.

Ela en teoría non estaba enganchada. Non consumía nada. Imaxínome que terían problemas e separáronse. A tutela das nenas déronlla a ela. Claro, como el era toxicómano. Permitíanlle ver as fillas tódalas fins de semana. Pero a el non lle chegaba. El adoraba as nenas, era un padrazo. Como non tiña diñeiro, a nai (tamén vivía no mesmo pobo) o que facía era pagarlle o que consumise nunha tenda. Pero non o quería ter na casa. Claro, como el non tiña diñeiro, pois tiña que... Non sei de onde lle saía, pero de cando en vez conseguía mil pelas ou así, e compráballe lambetadas ou chorradas ás nenas.

Un día, tiña unha semana que repetía moito a historia de que a ía matar. Porque sempre lle poñía problemas cada vez que ía buscar as nenas. Un día foi buscar as nenas, e parece ser que lle comentaron que mama tiña noivo. Era moi, moi celoso. Resolveu que, que ía matala.

Claro, a min asustoume bastante e eu chamei a irmá. A irmá é traballadora social, non imos poñer nomes. É traballador social doutra Unidade de Drogodependentes. Falei con ela, e como ela sabía, SABE, de que vai a historia, díxenlle, díxenlle: “Mira, eu vou a falar co xuíz, porque el non quería ser ingresado de ningunha forma. Díxome que se o ingresaba que se suicidaba, que el non podía estar ingresado de ningunha forma, que el morría encerrado, que non podía estar encerrado”. Entón, eu dixen: “Mira, eu vou falar co xulgado, porque, a min paréceme que está en perigo para el, e para, para a muller, para a ex muller. Porque tal e como está nas consultas, o que me comenta me parece que a situación é moi grave”. Entón, dixo ela: “Eu vou ir falar con el, a ver que pasa”.

Ao día seguinte apareceume na consulta. Apareceume con el. Díxome: “Non. ¡Que va! Eu creo que ti me entendiches mal”. Eu había pouco que chegara a Esteiro. Levaba seis meses. Díxome: “¡Que va! Que el é así. Dio, pero ¡bo! El é incapaz de matar nin a unha mosca. El é incapaz de lle facer dano a ninguén”. Eu insistín. De feito falei coa xuíz. Dixéronme: “Claro, o ingreso tiña que ser con autorización do paciente, e que se non tiña que ser a familia a que fixese unha denuncia. Pero que mesmo eu podía ingresalo, cun informe, pero só unhas horas mentres o avaliaban no Hospital”.

O que si sei é que eu o tiña moi complicado no caso de que el me denunciase. Vamos, que se eu o ingreso en contra da súa vontade, e a el valorano no hospital, e din que non é

necesario, e a min me denuncia el... Vamos, porque non podo violar ese dereito que el ten. Pero eu falei co xuíz, falei coa familia. A irmá díxome que non. A familia, era moi coñecida en Esteiro. Non querían un ingreso. Entón pasaron varios meses, pasaron varios meses e ao final, eu que sei, debeu de pasar un ano polo menos. En novembro matouna.

Chegou á casa, parece ser, chegou alí, colleu un coitelo e matouna a navalladas. Era unha persoa pasiva, pasiva de todo. O peor de todo é que unha das fillas viu toda a historia. El está en prisión, claro. Souben que caeranlle non sei cantos anos, moitos. Pero, en dez anos esta fora.

Leveino fatal. Pasei unhas semanas horrorosas. Recordo que cando cheguei tralo fin de semana á Unidade (matouna en fin de semana) e cando cheguei o luns, fun á farmacia (vou habitualmente a recollela metadona), e fun á farmacia a recollela metadona. Comentoumo o farmacéutico, quedei planchar. Cheguei ao traballo pensando: “¿Como non me di conta? Comentáramo moitas veces, pero xusto esas semana estaba, do máis normal”. Comentáballes os do equipo. Despois decateime (despois de que pasara todo) que ela ía casar. Ía casar que tiña unha parella estable. Ía casar. Ese foi o desencadeante. Matouna. Agora, o que el máis quería, as súas fillas, xa non lle poden ver, imaxínome, nin en película.

Chamáronme. El estivo ingresado, porque el, despois de matala, intentouse suicidar. Colleu un coche, roubou un coche, o coche dela, e estrelouse contra un muro. Intentouse cortar co coitelo que a matara, foron feridas superficiais. Co golpe do coche fracturouse algunha costela e fixo un neumotórax. Non fun quen de ir velo. Non fun capaz de ir velo porque tiña unha moi boa relación con el. Había entre nós unha relación bastante boa. Ata o punto de que, cando el se atopaba moi mal dicíalle que esperase ata o final da consulta para falar con el. Esa semana precisamente víao máis ou menos todo ben... Ao chegar ao traballo todos me preguntaban: “E ti, ¿non te decataches? E ti, ¿non viches o tema?”. Sentíame culpable. Tardou tempo en pasar, e tardou, e aínda hoxe penso se...

Estaba atada, pero se eu me poño nos meus trece de que tiña que ser ingresado... O que pasa é que el non quería de ningunha forma, e que se eu o ingresaba, pois que el suicidábase. El, nun psiquiátrico, non aguantaba nin tolo, e que encerrado, tampouco. Agora ten que estar encerrado, e non suicidouse.

Pensei que suicidariase na prisión. Dixen eu: “Este tío non aguenta aquí nin un mes”. Era un tío que tiña que estar libre. Imaxíneime que non, que non ía vivir, que se ía matar.

A irmá e o seu familiar foron ao enterro da súa muller, iso sorprendeume. Sorprendeume moito cando contaronme que a irmá estivera coa familia dela. Era un pouco como dicilo, como deixalo de lado a el. A min pareceume unha provocación. Ir a familia del, as irmás (a irmá esta, en concreto), ir ao enterro, non sei... Xa tañen pasado tres anos. Teño contactado coa xente que vai as prisións, co equipo da Unidade de Drogas. Sei que buscaronlle cousas que facer na biblioteca. Se eu continúo uns anos aquí, e el sae de prisión algún día coincidirei con el de novo... non sei...

Era unha persoa cariñosa. A min resúltame imposible velo como un asasino. Unha psiquiatra que substituíume cando din a luz, tamén tratara a este rapaz. Cando enterouse da noticia chamoume: “Pero ¿a ti paréceche que este rapaz é un psicópata? A min, para nada”. Parecíame un rapaz deprimido, un tío pasivo de todo, cun trastorno da personalidade. Un tío que a vida tratouno fatal, que viviu situacións moi desagradables dende a infancia, que tivo unha experiencia co matrimonio moi negativa. El era moi cadrado, e dicía: “Eu casei con ela pola igrexa e para sempre. Será a miña muller toda a vida, ata que morra”. Dicía: “Ata que morra”, dicía.

Cando estivo ingresado tralo accidente coa policía no cuarto, chamoume o psiquiatra que tocoulle para ver se tiña algún atenuante. Eu sabía perfectamente que o tiña preparado. A min comentoumo cen veces. Sempre conseguía quitarlle a idea da cabeza. O resto do día, eu non estaba con el. O psiquiatra que chamoume, díxome: “A min paréceme que non”. Eu dixenlle: a única persoa que puidese sabelo sería un perito que lle fixera unha analítica naquel xusto momento para saber se estaba baixo os efectos de tóxicos, de

alcohol ou doutra droga. Se non, eximente, non tiña ningún. ¿Alienación?, para nada. Tiña planeado. Pero claro, tampouco lle podía dicir: “A min díxome cen veces en consulta que ía matala, que quería cargarse a ela e aos sogros” (o que pasa que despois decidiu que alguén tiña que coidalas nenas mentres el morría, porque el o tiña planeado, matarse ela e logo matarse el; tiña que deixar libres aos sogros para que lle coidasen ás fillas). Pero, claro, eu, á persoa coa que falei, díxenlle, parte, parte da verdade, a outra caleina. Díxenlle: “Eu, a min, nalgún momento fíxome algún comentario”. Non lle dixen que chamara a irmá por ese motivo. El non arrepentiuse para nada. De feito á persoa que estaba a tratarlo daquela díxenlle que agora xa estaba tranquilo, que agora xa podía vivir tranquilo, que agora xa cumprira o que tiña que facer, que xa estaba tranquilo.

Durante unha tempada tiven a sensación de coma se os meus compañeiros do Centro de Saúde, os outros médicos, me mirasen. Paranoias miñas. Sempre che queda esa dúbida, de se ao mellor, esa semana ao mellor, non tivo consulta e... Pasaron xa tres anos. É unha idea que el tiña, máis tarde, ou máis cedo, íao conseguir. Ingresándoo ao mellor soluciónáse o problema, no momento, pero ao saír el continuaría con aquela idea que tiña clara...⁷⁹⁷”

Neste mesmo sentido, Montse⁷⁹⁸, unha enfermeira, fala da súa aprendizaxe cun caso de agresión a unha compañeira na Unidade de Agudos de Conxo. Dende entón Montse xa non ve aos pacientes como persoas cun tratamento que ela administra. Os ve como perigos potenciais. Manuel narra un caso dun esquizofrénico de Conxo que dicía ser dono da ponte de tren sobre Redondela. O seu deliro consistía en afirmar que os “teutóns”⁷⁹⁹ roubáranllelo. Manuel vía agora ese caso con ironía porque resultou ser certo. O seu paciente era dono das terras circundantes e os procesos de expropiación déronlle finalmente a razón. Pasou entón a ser un interno de primeira en Conxo nos anos sesenta e a consultar con Manuel na súa práctica privada polas tardes. Mercedes⁸⁰⁰ especializouse en psiquiatría infantil por un caso que chegoulle a través de vínculos familiares e que “marcou” profundamente. Melchor⁸⁰¹ fala das súas experiencias en Guinea como médico, primeiro, e dunha consulta privada nun barrio pobre de Canarias, despois. En ambos os dous lugares aprendeu a importancia da relación co enfermo. Foron a súa verdadeira escola. Mercedes⁸⁰² psicóloga e directora de Pégola fala das súas primeiras experiencias clínicas como o corazón da súa formación: a negociación co paciente e as súas familias é dende entón a clave para ela.

Cada psiquiatra confesa atoparse máis a gusto tratando un tipo de pacientes que outros. Matías por exemplo atopase moi a gusto con enfermas adolescentes “histéricas” ou anoréxicas, precisamente aquelas que desestiman a miúdo os seus compañeiros de equipo⁸⁰³. Mauricio na USM1 non obstante trata principalmente anciás campesiñas cunha formación cultural tradicional, escapando das “histéricas”. Mentres o seu compañeiro de Unidade, Marco prefire os estudantes “neuróticos”⁸⁰⁴. Mercedes especialízase en psiquiatría infantil pola súa facilidade de empatía cos nenos⁸⁰⁵

⁷⁹⁷ María 3:10-14.

⁷⁹⁸ Montse 1: 15.

⁷⁹⁹ Manuel 3: 15.

⁸⁰⁰ Mónica 2: 9.

⁸⁰¹ Melchor 2: 7.

⁸⁰² Mercedes 4: 20.

⁸⁰³ Prefire tratar ás anoréxicas que por exemplo Monte, enfermeira, odia no seu día a día (Matías 2: 7; Montse 2: 1).

⁸⁰⁴ Cadernos de campo.

⁸⁰⁵ Montse 1: 14.

Deste xeito, o pragmatismo clínico casa co eclecticismo e o escepticismo teórico. Por iso, moitos deles confésanse como conselleiros ente unha situación difícil para os pacientes e as súas familias. Máis que médicos, imaxínanse neste sentido como conselleiros. Entrando entón en xogo un concepto de psiquiatría máis psicoanalítico ou psicolóxico. O seu labor é entendido así dende o imaxinario do diván da psicanálise.

Se se cuestiona o seu escepticismo, todos dan unha definición perfecta, practicamente copiada dun manual: un desarranxo bioquímico causante dun mal comportamento con claros contidos sociais e connotacións psicolóxicas individuais⁸⁰⁶. Engadindo na maior parte dos casos unha crenza implícita: a causa biolóxica non atopouse aínda, pero pronto será atopada. Utilízase agora o imaxinario de psiquiatría máis médica, máis bioloxicista ou organicista. A enfermidade mental é entón imaxinada como un desarranxo cerebral ou xenético.

Tódolos psiquiatras, psicólogos, xestores en xeral da EMG recoñecen a importancia de involucrase persoalmente no seu traballo. Para o seu traballo non vale calquera, apuntaba un Psiquiatra nun dos grupos de discusión. Pero ao mesmo tempo é importante non involucrase demasiado. Así é esencial, di por exemplo María⁸⁰⁷, atopala distancia xusta entre conectar co paciente e ter a distancia persoal suficiente como para non deixarse ir, como no caso que citaba antes. O respecto e medo ao paciente psiquiátrico sirva para explicar como constrúese esa distancia persoal que permite non afundirse nas desgracias que ven día a día.

Unha constante en tódolos psiquiatras é a súa crítica do estado da asistencia sanitaria. Referíndose sen dicilo á pública e implicitamente usando un esquema interpretativo de culpabilidade. Nas nosas entrevistas é patente. Pero o puiden rastrexar tamén esta constante denuncia nas intervencións dos psiquiatras nos xornais de distintas épocas. Neste caso o imaxinario usado é o da psiquiatría comunitaria, onde o médico é simplemente un xestor de tódolos recursos asistenciais ofrecidos no seu servizo.

Valgan só dous exemplos para ilustralo. Anxo M. Lera⁸⁰⁸ reuniu unha serie de artigos en xornais da década dos sesenta do século XX tras visitalos Manicomios de España, incluíndo Conxo, no seu libro: *A miña viaxe arredor da loucura*. A paisaxe debuxada nestes artigos é triste e escandalosa. Entrevistou moitos psiquiatras da época. Todos debuxaban unha paisaxe desoladora nos seus hospitais “reais” pero todos compartían unha mesma esperanza no futuro. Críticos co sistema público, eclécticos nas súas formulacións teóricas, pragmáticas na súa clínica diaria, pero sempre esperanzados nos descubrimentos do futuro e as melloras que trearían consigo. Engadir unha sección ao pavillón de agudos, ou un novo sistema de rede de sumidoiros, ou unha clara alusión a un sistema máis comunitario de psiquiatría fundamentaban a base do seu convivir diario co desastre. A xeito de conclusión Lera sinala cinco factores que contribúen á degradación da EMG nos manicomios⁸⁰⁹. Primeiro, a dependencia asistencial que os tolos padecen da beneficencia, Lera acusa esta dependencia de egoísmo encuberto. Segundo, a

806 O que Lordá (2002) denomina "con connotación negativa" perspectiva socio sanitaria, ou socio comunitaria.

807 María 4: 10.

808 Lera 1972.

809 Lera 1972: 198-212

marxinación dos EMG á práctica médica privada dada a ausencia de cobertura polos servizos da Seguridade Social. Terceiro, a insolidaridade social das familias e enfermos dos tolos, ao despreocuparse da súa sorte unha vez encerrados. Cuarto, o propio manicomio converte a EMG nun gueto de dexeneración e amoreamento. E finalmente, dado que os hospitais preocupanse máis polo mantemento e pola perpetuación da institución que pola función médica sanitaria que desempeñan, esquecen a función médica ao centrarse no órgano institucional que a desempeña. Lera conclúe definindo, como consecuencia, a invisibilidade do tolo na España dos anos sesenta e setenta, unha conclusión crítica pero esperanzada ao facerse eco da denuncia:

“O tolo non existe. Ninguén o menciona e a calquera indiscreción contestase cun xesto mudo de resignación, coma se nomeasese ao criminal ou á rameira da familia”⁸¹⁰.

O segundo exemplo é unha serie de artigos publicados na revista *Triunfo*⁸¹¹ nos anos setenta, coincidindo coa Transición e os “conflitos” en diferentes Manicomios en España (incluído Conxo). En dous artigos de 1971 titulados “A asistencia psiquiátrica en España I e II” G. L. Díaz Plaja describe o que denomina “lagoa” da Asistencia Psiquiátrica. Tras detectar un caso de EMG o médico psiquiatra non pode tratalo na súa consulta, debe enviar a EMG ao Manicomio. ¿Diagnóstico ou sentenza?, cuestiónase o autor. O artigo axiña describe graficamente a penuria da vida nas institucións de dementes da época⁸¹². Remata cun píe de foto dunha sala inmensa chea de camas baleiras: “O enfermo mental é un ser sen tempo nin espazos propios”⁸¹³. Na cobertura que *Triunfo* fai os conflitos nos Manicomios de Asturias e de Santiago ofrece a outra cara do diagnóstico: a esperanza, o imaxinario da psiquiatría de sector como solución abortada⁸¹⁴. O segundo artigo cifra a esperanza, velada e certamente pesimista, no conductismo, a psicanálise e os psicofármacos. Unha foto sobre un hospital en Suíza con enfermos levados da man por unha atractiva enfermeira, contrasta coas fotos dos psiquiátricos españois⁸¹⁵. O esquema usado é o mesmo que atopamos en Lera e en nosos entrevistados. Unha esperanza en luz pesimista ofrecida ante a crítica denuncia do estado actual da asistencia psiquiátrica.

Unha constante pois na comunicación da EMG entre os psiquiatras é a denuncia do tratamento da EMG. A crítica á desastrosa situación asistencial é unha constante entre os psiquiatras, tanto nos entrevistados coma na literatura, como nas noticias nos medios de comunicación⁸¹⁶. Á crítica únese sempre unha esperanza, certamente pesimista, baseada nunha crenza implícita nas melloras do futuro. Rebáixanse dalgún xeito as expectativas para mantelas ou redefínillas. Normalmente a historia da psiquiatría ofrécelles exemplos neste sentido: os descubrimentos dos fármacos para a psicose ou os estabilizadores do humor como o litio. Neste sentido todos teñen unha clara conciencia de como a

810 Lera 1972: 203

811 Revista de información xeral española publicada entre 1962 e 1982 dirixida por J.A. Ezcurra cunha perspectiva de esquerdas durante o final do Franquismo e a Transición. Viviu por iso moitos “secuestros” e multas. Publicaban nesta revista: Manuel Vázquez Montalbán, Luis Carandel, Fernando Savater, pero tamén Antonio López, posteriormente catedrático de psiquiatría en Santiago, cun artigo sobre Emigración en Suíza e Galicia dos seus anos de estudos en Xenebra. Dende o 2004 pódese acceder aos seus números en trunfodigital.com.

812 O segundo artigo ten como subtítulo “Institución, Represión e Contradición” no número seguinte.

813 Díaz Plaja : 15.

814 Luis Carandel sobre os MIR e Conxo (1974); Díaz Plaja sobre a represión das reformas en Conxo e Asturias (1971) García Quesada (1975) de novo sobre Conxo; Montalbán (1973) sobre os médicos e psiquiatras en xeral; González, entre outros, sobre Madrid, Ciempozuelos e Leganes (1977); ou Márquez (1975) sobre Huelva no seu fracaso antipsiquiátrico. *Triunfo* fíxose eco ademais da antipsiquiatría de Basaglia ou de Cooper (trunfodigital.com).

815 “Doutor Ueberschleg” é o píe da foto, [Triunfodigital.com](http://trunfodigital.com).

816 Véxase Whitaker 2002; EDIS 1990; Báez-Mesa 1997; Gamo 1989.

asistencia mellorou considerablemente. Mesmo os máis críticos co modelo biomédico aceptan estes logros como base para construír a súa esperanza nun futuro mellor. Ningún querelle dar nome a esa esperanza que quizais atopa a súa mellor expresión naqueles máis próximos á psiquiatría biolóxica: unha vez establecida a causa cerebral e xenética da EMG, a cura será clara⁸¹⁷. Como sucedeu coa sífilis, o autismo, etc. Esquecen por suposto os “fracasos” na historia da propia disciplina.

En claro contraste, ningún dos psiquiatras fala abertamente das súas prácticas privadas, nin por suposto fan unha crítica clara, equivalente a narrada fai un momento, da súa existencia. Non o fan nin nas miñas entrevistas nin na literatura publicada. É significativo que salvo algunha excepción (Martín⁸¹⁸) todos teñen unha consulta privada de pagamento ao mesmo tempo que traballan no sector público gratuito. Todos critican (incluído Martín) o sistema público, pero ningún fai un crítica do sector privado no que todos eles traballan. Castilla do Pino⁸¹⁹ publica as súas memorias en dous volumes. Nelas afirma ter tratado a miles de enfermos, tanto na súa práctica pública coma na súa consulta privada. Critica veladamente toda a asistencia pública do tardo franquismo, coa que tivo que loitar establecéndose finalmente en Córdoba ante a imposibilidade de traballar en Madrid con Ibor. As súas memorias, cheas de datos e alusións, teñen tamén esta carencia. Crítica ao sector público, practica a psiquiatría privada durante anos, develalos fracasos da asistencia pública, pero mantén un silencio absoluto crítico coa súa práctica privada.

Os equipos interdisciplinares.

Os psiquiatras teñen un perfil similar nas decisións coas que narran a súa experiencia coa EMG. Trasla súa formación nas diferentes universidades, lonxe de manter unha defensa definidora dende a bioloxía da EMG, combinan unha definición pragmática cunha ecléctica. Toman o mellor de cada postura psiquiátrica posible, sempre que funcione. Os xestores-voluntarios repiten o enriquecedor da experiencia de traballar coa EMG, ao mesmo tempo que subliñan o estresante do día a día, sempre ao límite da crise.

Un psicólogo dicía nun grupo de discusión que “cronicidade é o que hoxe non sabemos tratar”⁸²⁰. Apuntábo tras discutir con outros psicólogos dunha USM nos anos noventa que os psiquiatras encargábanse principalmente das patoloxías graves, mentres que eles falaban moito, ocupándose das máis “brandas”. Así a medicación era cousa dos psiquiatras, os psicólogos encargábanse idealmente das terapias, mentres que o resto quedaba para as familias.

Na distribución do traballo asignada aos equipos interdisciplinares nas USM, ningún dos seus membros ve con bos ollos o traballo das asociacións de familiares. Críticanas ou ben por facelo traballo que todos consideran da administración, ou ben por “meterse en temas que non lles competen”. Con isto sinalan a medicación, as terapias ou os coidados propiamente médicos, psiquiátricos ou psicolóxicos que lles corresponden ás unidades.

⁸¹⁷ Andreasen (1984) da que falabamos na introdución sería un bo exemplo desta esperanzadora crenza biologicista

⁸¹⁸ Martín I.

⁸¹⁹ Castilla 1977, 1987, 1997.

⁸²⁰ PS1: 7.

Emilio González reconece na súa tese que se fixo cargo dunha USM onde “impuxéronlles”⁸²¹ o traballo interdisciplinar “dende arriba”, sen estar realmente formados ou preparados para iso. Neste sentido cada grupo “respecta” o traballo do outro, pero cada un “critica” o traballo dos outros. Todos son conscientes das críticas mutuas, dialogando con elas constantemente. A crítica a administración como causa é un equivalente funcional dos sistemas relixiosos, pois lava culpas e permite unha “certa observación exterior” exculpadora das deficiencias propias. Os psicólogos ven como a súa terapia é menosprezada polos médicos, que todo o arranxan cun psicofármaco ou mandanlles a eles facer tests sen moito sentido, ou sen comprender, os psiquiatras, o seu verdadeiro valor. Non obstante non atopan contradicións na complexidade de escolas existentes na psicoloxía. Os asistentes sociais non entenden porque son sempre os que máis papelamen teñen que facer, conseguindo a maior parte dos recursos, pero non por elo son suficientemente valorados. Os coidadores, especialmente os enfermeiros, achacan ás unidades unha falta de tempo para escoitalos. Son os que máis tempo pasan cos EM pero non escoitase seriamente a información que poidan achegar. Para os pacientes os malos son sempre os máis próximos, os coidadores, psicólogos ou enfermeiros, mentres que o psiquiatra é visto, din tódolos dos equipos, como o deus que lles dá a medicina e soluciónalles os seus problemas⁸²². Os psiquiatras finalmente critican a astucia da administración sen unha formación axeitada, pero non cuestionan nin por asomo o seu liderado “médico”, nin as súas consultas privadas “complementarias” en ningún momento.

⁸²¹ González 1999.

⁸²² Grupos de discusión de psiquiatras, médicos e coidadores da USM A Coruña.

Complexidade responsable.

9

Dende a Beneficencia do século XIX ata o SERGAS do XXI, os distintos sistemas integrados no sistema médico alimentaron a semántica na que traballan os xestores da EMG en Galicia. Definimos en detalle a evolución destas distincións en capítulo anteriores. Neste último centrámonos na evolución das biografías dos seus xestores, con especial atención aos seus psiquiatras.

Todos comparten unha actuación *pragmática*: utilizan calquera cousa con tal que funcione, sexa ou non contraditoria co imaxinario que teña cada un da EMG ou da psiquiatría. A iso únese un claro *eclecticismo* baseado nunha das opcións psiquiátricas como predominante. Os formados na época franquista teñen unha visión máis fenomenolóxica da psiquiatría, os de mediana idade unha mestura entre psicanálise como ideal e psiquiatría comunitaria como modelo de sistema asistencial. Finalmente, os máis novos aproxímanse máis a un modelo médico, tratando de igualarse a outras especialidades clínicas. Todos non obstante teñen en común un ton irónico *escéptico* no que xustifican o seu *eclecticismo* e a súa común clínica pragmática.

Hai determinados conceptos de diferentes opcións psiquiátricas que usan na comunicación tódolos psiquiatras, sexa cal sexa a súa orientación predominante. A dualidade psicose / neurose proveniente da psicanálise é un deles, o concepto de psiquiatría comunitaria como ideal de organización asistencial é outro, e a oposición entre psiquiatría e psicoloxía, test psicolóxicos fronte á terapia e medicación son outros exemplos. Todos acceden ao uso da medicación, se ben comparten unha reticencia inicial cos pacientes a receitala. Nesa reticencia negóciase precisamente o tratamento coas receitas.

Os anos de formación na súa especialidade xustifican a tendencia maioritaria de cada especialista, ao mesmo tempo que alimentan toda unha rede de contactos médicas coas que solucionan as necesidades da súa clínica: derivar un enfermo, facer unha consulta ou conseguir unha cama para un ingreso. A queixa común nos seus anos de formación é o exceso de teorías e a pouca “realidade” do aprendido. Unha vez encaran os seus pacientes reais esta queixa encaixa perfectamente coa combinación de pragmatismo e escepticismo que definíamos hai un momento.

Unha vez iniciada a práctica fóra dos anos de formación, todos recoñecen algún ou algúns casos que converteronse en claves nas súas biografías como xestores da EMG. Un enfermo, unha historia de violencia ou dun erro cometido serven para definila identidade de cada un. Con ese caso aprendeuse a diferenciar entre moito ou pouca distancia co paciente. Ten que haber empatía co EMG pero esta non pode levar a absorberte. Xogan cos imaxinarios de psiquiatría comunitaria, de etno psiquiatría ou unha psiquiatría máis organicista ou tamén psicoanalítica. En cada xestor ou psiquiatra predomina unha, pero non se atopan pechados a utilízalas restantes para comunicar. O caso paradigmático que lles marcou durante os seus anos de formación delimita tamén cál é exactamente o imaxinario da EMG e a psiquiatría que predomina en cada un.

A crítica ao sistema é común, pero a esperanza posta nunha mellor organización asistencial ou en novos descubrimentos vai unida a ela. As esperanzas de futuro son coherentes coas perspectivas predominantes en cada un, pois todos constrúen as súas expectativas comunicativas en función delas.

Non existe ningunha crítica ao feito de practicar a psiquiatría privada. A súa existencia nin se menciona, nin se ten en conta, nin se critica. Tódolos psiquiatras entrevistados, salvo algunha excepción, manteñen unha consulta privada, ás veces traballando máis horas nela que no seu posto na sanidade pública. Sobre esta non verbalízase ningún tipo de crítica. Ao falar dela enténdese como elemento unido implícitamente ao rol médico.

Si, pola contra, critican ás asociacións privadas. Xeralmente por asumir que realizan un traballo “barato” que debería ser idealmente competencia da administración, ou polo feito de ser simplemente privadas. Deste xeito ven necesaria a rede comunitaria pero sempre organizada dende o sector público.

Os xestores da EMG en Galicia organizan así a súa observación, entre unha postura puramente médica e unha orientación asistencial. No *continuum* entre ambos os dous extremos da distinción xorden posicións diversas nas que unha clínica pragmática e unha posición teórica ecléctica son a norma. Todo integrado nunha imaxe dun traballo na Responsabilidade, sempre presuposta, do “bo médico”.

Capítulo 10. Usuarios, EM, 10 Tolos.

“Os enfermos crónicos están suxeitos a tal número de expectativas culturais que, na avaliación do estatus social e persoal dos afectados por unha enfermidade crónica, podese afirmar que son unha expresión da moralidade pública”⁸²³.

Presentamos dous perfís biográficos de usuarios de Pégola en detalle. Mostramos así a riqueza semántica do discurso dunha EMG e as contradicións do delirio⁸²⁴. A continuación esmiuzamos a “carreira moral” coa que a EMG é asumida e comunicada e así achegámonos á súa complexidade vivida en primeira persoa.

Elías⁸²⁵: “Eu falo con deus tódolos días. Son ou único”.

Elías naceu en 1959 nunha parroquia rural costeira. O seu pai estaba entón embarcado e a súa nai traballaba as terras da casa herdada. Elías é o segundo varón dunha familia de tres irmáns. O seu irmán está agora aínda embarcado. A súa irmá vive preto cos seus sobriños, coida da enferma nai maior e de el. Ela encárgase agora de darlle a Elías a medicación, administrarlle o diñeiro da súa pensión e prepararlle as comidas. Un irmán menor está casado tamén nunha vila próxima. Adoitan vir de visita case tódalas fins de semana.

Elías criouse e educou na parroquia onde naceu. Deixou pronto a escola para traballar co seu pai, primeiro de peón de albanel. Chamábano “o touro”, porque era forte e cargaba con todo. Logo embarcou co pai, viaxando nas máquinas de distintos buques por todo o mundo. Traballou como axudante de cociña no mesmo barco que o seu pai (mariñeiro) e o seu irmán menor (engraxador). Di que se sentiu por primeira vez mal cando tiña dezaioito anos.

Nun porto de Italia, mentres esperaba unha carta dunha “noiva”, sofre unha crise que hoxe non pode describir en detalle. Deus aparéceseuselle, levantou o barco cunha luz branca e falaulle. Elías mestura os tempos dos acontecementos coas certezas do seu delirio. A súa noiva matouse nun accidente de moto. Di que entón foi cando toleou. O seu pai enviouno á casa vía Barcelona, para que regresase coa nai. El queda en Cataluña, onde está unha tempada sen dar noticia na casa. Regresa tras un ingreso en Cataluña. O seu diagnóstico é dende hai anos de Esquizofrenia Paranoide. O médico pediulle os papeis para darlle unha pensión: “Deume unha pensión, puff! 40,000 pelas das de entón”⁸²⁶. O seu primeiro ingreso en Galicia foi tras unha detención. Andaba a dedo pola autoestrada entre Coruña, Vigo e Pontevedra. Enviárono a Conxo e coñece entón o doutor Melón. “Como queríame aquel”, di. Díxolle: “Ti non podes traballar máis na túa vida” e arranxoulle a pensión. “Non podo facer nada”, repíteme a min. En Conxo

⁸²³ Radley 1993: 109.

⁸²⁴ Pode consultarse un perfil biográfico de todos os entrevistados (17 de Pégola, 4 non de Pégola), así como unha descrición dos grupos de discusión, a bibliografía secundaria ou unha lista completa cos datos dos máis de 200 usuraos de Pégola nos apéndices. Sobre estes datos elaborouse este capítulo.

⁸²⁵ Reconstrución biográfica con entrevista, notas do caderno de campo, historial en Pégola, datos contrastados de fontes diversas durante a investigación.

⁸²⁶ Elías 1: 10

tratárono a corpo de rei. Cando botaron ao seu médico foi porque quixo ter relacións con el, cóntame con ton de confidencia: “Quería facer o amor comigo”. Di que lle citou no bar de en fronte, pero el asustose e o médico acabou escapando para A Rioja.

Dende entón tivo bastantes ingresos. Recorda máis de dez en diferentes hospitais da capital urbana máis próxima, segundo a dispoñibilidade de camas, engade. Unha vez ingresárono por conducir unha moto. Ía nu, desesperado porque unha rapaza lle dixo que non o quería. O seu pai falaba, di, co doutor Melón da USM de Esteiro. En varias ocasións ingresárono porque o seu pai llo pedía ao psiquiatra. Fumaba moito hachix e probou algún tripi⁸²⁷, facendo cousas raras. Dende que morreu o seu pai, non tivo moitos ingresos. Comezou a acudir a Pérgola onde di “recibo moito amor e cariño”, “estou moi contento aquí”⁸²⁸

Toma agora a súa medicación que “quitalle”, di, os delirios. Toma as pastillas porque se non, afirma, cae enfermo. Recorda perfectamente como falou con Deus, pois levantou o seu barco ata unha increíble luz branca onde dixolle o que tiña que facer. Ninguén salvo el viu a Deus, nin na súa familia, nin no mundo. Tras afirmar con certeza as súas conversacións con Deus, temos que parar a nosa conversación para fumar.

Normalmente esperta cedo: hoxe dime que ás tres da mañá. Levanta a persiana, acende un pitillo. Hoxe foi ata a casa da nai a pedirlle máis cigarros porque se lle acabaran e ela adminístrallos. Adóitase durmir outra vez ata que o espertador o saca da cama ás sete da mañá. Dúchase en inverno, di, porque sua. A ducha non funciona e hoxe non lavouse. Prefire a bañeira e darse un baño de auga quente. Sobe á furgoneta que lle recolle na estrada próxima cada mañá ás nove. “Traballa” nos talleres de pasta e bolsas de papel cada mañá. Participa nas distintas actividades da asociación cada día ao longo da semana. Elías come só porque regresa as tres, na súa casa o resto comeu á unha. Comen no garaxe onde teñen dúas mesas de plástico. Logo sae habitualmente a pasear co seu can pola praia e os montes de preto da súa casa. Pasea con algún veciño para acabar tomando algo, sempre sen alcohol, porque así díxollo Melón, aínda que a el gustáballe o café cunhas gotas de whisky. Cando regresa á casa a súa cuñada e a súa irmá teñenlle todo feito. Come un bocadillo de chopper e toma as pastillas que teñen xa preparadas. Non sabe o que toma: algún inxectable, algunha cousa que ten que beber, e unhas pastillas para durmir. Danlle seis euros semanais que el gasta en tabaco, aínda que non lle chegan, pois fuma dous caxetillas ao día. A súa irmá e nai adminístranlle a pensión, pagando as cotas e o transporte de Pérgola. Como vive só nunha casa, adóitase deitar cedo. Ás veces ás cinco da tarde. Di, que porque necesita descansar. Nos días malos de inverno ás cinco da tarde, e en verán está fóra ata as sete ou as oito. As fins de semana pásaos encerrado no seu cuarto, escoitando música. Di que antes adoitaba ir a misa, comulgaba e todo. Agora non vai, pero non sabe porque. A súa nai está ocupada, quizais por iso non vai. Pero el fala con Deus e coa virxe tódolos días, tódolos días, repite.

Vén a Pérgola porque non quere estar a durmir todo o día na casa. Hoxe vive só preto da súa irmá, preto da súa nai, no mesmo núcleo rural onde naceu. Cobra unha pensión non contributiva. Gástaa en

⁸²⁷ Pastilla de LSD

⁸²⁸ Elías 1: 12.

pagar Pérgola, en comida, nalgún café, e sobre todo en tabaco. Esta sempre inquedo sen ser capaz de permanecer sentado máis de vinte minutos. Repite unha e outra vez as mesmas contestacións. O seu humor é sempre afable, cun permanente sorriso e un cigarro na man. Non é capaz de articular frases longas, as que pronuncia, lanzaas ao aire con certa présa, cambiando rapidamente a mirada de sitio. Utiliza un retrouso coa que saúda, se despide ou simplemente inclúe en calquera momento no seu diálogo con outros: “OK Boy”.

Durante tres anos asistiu ás miñas clases de inglés e filosofía cada xoves en Pérgola. Normalmente non aguanta máis de dez minutos sentado. Levántase educadamente, pide permiso para fumar ou tomar un *Almax*⁸²⁹, ao mesmo tempo que frega con cara de dor a barriga. En cada clase, en calquera momento, preguntame sempre dúas cousas: “¿Canto se tarda en aprender inglés?” y “¿Canto te levou aprender a ti?” Pouco despois lanza as dúas mesmas afirmacións cunha profunda convicción: “Temos que aprender inglés dende o principio: a, e, i, ou, ou...”, e “A Miña sobriña fala inglés perfectamente”. Inmediatamente marcha coa excusa de ir ao baño, máis ben a fumar. De cando en vez faime, cando nas nosas clases sae algún tema relixioso, algunha pregunta: “¿Adán e Eva, realmente existiron?”, “¿Porque existen tantas linguas? É, ¿polo da Torre de Babel?” As miñas contestacións non afectan en absoluto as súas preguntas, que inevitablemente repítese cada semana.

Eladia⁸³⁰: “Non sei se o contei ben, pero, ¡por favor! ; Que non me ingresen de novo no manicomio!”.

Eladia naceu en 1963 nunha parroquia rural da costa, sendo a única filla dunha parella de agricultores. A súa nai é a dona da casa onde o pai de Eladia veuse a vivir. Eladia viviu sempre cos seus pais, estudando primeiro na escola preto da casa familiar, e logo con varias veciñas onde aprendeu a coser. Os seus dous irmáns, que non padecen ningunha EMG, están casados “fora dá casa”. As súas cuñadas viven preto. Viven soas, pois os irmáns de Eladia traballan fóra de Galicia. As fins de semana achéganse cos cinco sobriños. Eladia “só sabe” dun familiar afastado que tivese unha enfermidade como a súa.

A conversación con Eladia é complicada ao mesturarse os seus delirios na narración. Por exemplo, di nacer na súa casa, pero rapidamente cunha voz suave pasa a describilos pormenores dunha certeza coa que vive: un segundo nacemento ao ser adoptada nun das viaxes do seu pai. Pero, sen unha aparente relación, aclara que este segundo nacemento é imaxinario. Mestura constantemente fantasía, delirio, imaxinación, alusións relixiosas e realidade.

Estuda na escola parroquial ata rematar primaria. Non se lle daba moi ben, polo que os seus pais a envían a aprender costura cunha veciña. Pouco despois traballa como serventa en varias casas de Santiago e A Coruña. Non recorda ben os motivos pero remataron despedíndoa ou deixando ela os traballos. Normalmente por temas de malos entendidos ou por que a miraban mal. Ela di ser tímida, cústalle relacionarse e a xente a mira mal.

⁸²⁹ Pastilla para a acidez ou dor de estómago.

⁸³⁰ Reconstrución sobre entrevista, cadernos de notas, fichas, historial etc.

Cando tiña vinte e dous anos, di: “Montei unha revolución”. Comezaron os seus delirios de ser violada e maltratada, de ter un fillo que foralle roubado e de ser vixiada - observada por tódolos seus veciños. Non ten moi claro que pasou. A súa nai mándaa a un médico “naturista, de herbas”. Este abusa dela, pois “dalle masaxes e bicos”. Vive entón varios ingresos ante a agresividade do seu comportamento. Repíteme varias veces ao longo dunha das nosas conversacións: “Non sei se o contei todo ben, pero, por favor: ¡Non me meta no manicomio outra vez !” Este é o único momento da nosa conversación no que Eladia sobe o seu ton de voz significativamente. Diagnostícanlle unha Esquizofrenia Paranoide o mesmo doutor da USM de Esteiro onde acode agora.

Dende hai nove anos levántase tódolos días para coller unha furgoneta, percorre corenta quilómetros en cada dirección, pasa cada mañá nun taller de confección e outras actividades, e volve para casa onde axuda á súa nai e coidar do seu pai cego e encamado. Quéixase de que os seus veciños non a entenden e mírana mal, por ser tímida, engade. Cada tres meses, se non hai ningún cambio no seu ambiente familiar debido a algún empeoramento físico dos seus pais, acode ao seu psiquiatra na USM. Tivo a mesma medicación máis ou menos, di, dende o primeiro diagnóstico.

Non sufriu ningún ingreso nestes nove anos dende que está en Pégola, aínda que si períodos de stres coincidindo con cambios na situación familiar por enfermidades dos seus anciáns proxenitores. Nunha escola de Familias a súa nai relata o excitada que estivo Eladia durante a última semana. Ela sufrira unha caída e as rutinas de Eladia modificárase. O día anterior o psiquiatra da USM recomendáralle un ingreso. Mariana trasladara a Eladia á consulta. Por iso ante a proposta de Melón falou rapidamente coa nai por teléfono. Esa mesma mañá a nai de Eladia “convencera a Melón”, di, de que se ía ocupar moito máis de Eladia. Suplicoulle non ingresala, que por favor lle aumentase a medicación, e xa ía ver como se poñía de novo ben. Durante as seguintes semanas Eladia non acudiu diariamente a Pégola, nin tampouco cando a súa nai ou pai teñen algunha enfermidade e ten que coidalos.

Usuarios de pérgola.

Estes dous resumos biográficos serven de introdución para ilustrar a continuación as observacións que faremos sobre os usuarios de Pégola. Non se consideran, como veremos, a si mesmos enfermos mentais, de aí que os denominemos “usuarios”. Optamos por este apelativo utilizado principalmente polos traballadores de Pégola, para referirse a eles. Servímonos del pola súa “neutralidade”. Aglutinamos nesta palabra a diversidade de “identidades” descritas por cada un dos EMG de Pégola entrevistados. Como se verá, todos recoñecen aprender moito na asociación sobre a Esquizofrenia ou a EM en xeral, pero ningún explicase intimamente o seu estado como Enfermidade mental.

Primeira fase: a vida sen EMG.

Tras unha infancia normal chea por norma xeral de bos recordos, os usuarios pódense dividir en dous grupos. Un primeiro grupo, son os que recordan o inicio dos seus “problemas” na primeira xuventude ou adolescencia. Un segundo grupo fórmalo aqueles que narran o inicio da súa doenza xa sendo adultos.

Pedro é un bo exemplo do primeiro grupo. Comezou a oír voces” acusatorias polas noites cando era un adolescente e traballaba no porto como “estibador”. Pensou que eran os seus veciños os que o acusaban. Unha noite sorprendeuse asustado cun coitelo en plena rúa⁸³¹. Dende ese día, sen que os seus pais osoubesen en principio, acudiu ao seu médico que lle remitiu o psiquiatra da USM en Esteiro. Pedro é unha excepción. Os usuarios entrevistados cunha aparición na infancia ou adolescencia dos seus “problemas”, adoitan non “darse conta deles” ou “ocultalos”. A razón adoita ser interpretada con posterioridade. Non sabían o que lles pasaba dime por exemplo Eladia⁸³². Ou tiñan medo do que lles estaba a acontecer, por se era culpa súa, razoaba Pío mentres remata un cesto nun taller de Pérgola. Outra pauta común nestes casos é achacalos problemas ao crecemento da infancia ou da adolescencia. O uso do alcohol ou de drogas ilegais é maioritario nestes casos. Só Eladia e o mesmo Pedro non relatán abusos de substancias ilegais. O resto relatán unha carreira de probas por distintos tipos de drogas⁸³³. Nos casos onde as drogas “xogaron”, din, algunha función na súa enfermidade, a maior parte sinálanas, polo menos, como un factor desencadeante do seu estado actual.

O segundo grupo, cunha aparición de “problemas” tardía nas súas biografías, podémolo observar no caso de Elías. Unha “aparición” nun período de traballo intenso acabao levando ante o psiquiatra. Pascual por exemplo acode ao psiquiatra cando a súa muller abandonalle antes os seus ataques de ira, tiña xa máis de trinta anos⁸³⁴. Edith tivo a súa primeira crise nos EEUU mentres separabase do seu marido e mantiña relacións co pai da súa filla⁸³⁵.

Nunha grande cantidade de casos entrevistados, non en todos, o uso de drogas ilegais estivo presente no momento de aparición das primeiras crises. Nalgúns casos atopan nas drogas a causa da súa enfermidade. Elías⁸³⁶, tras unha longa serie de roubos en supermercados en Suíza para conseguir comida, pois o diñeiro gastabao en cocaína, desintoxícase nunha Unidade especializada. As drogas, segundo a súa versión do seu “problema”, son a raíz, a causa de todo o que lle pasaba. A súa familia agora perdooulle, pero por culpa das drogas, di, fixo cousas terribles.

O uso do alcohol, salvo nun caso, é unha constante. Algúns seguen en programas de desintoxicación de alcohólicos. Pedro⁸³⁷, Evaristo, Pío, Pablo e Eugenio tiveron unha deterioración considerable a raíz do seu consumo de alcohol. Pasaron por diferentes programas para a desintoxicación antes de entrar en Pérgola.

Segunda fase: diagnóstico, ingresos e medicación.

Dalgún xeito, tras distintas probas con outros tratamentos, chegan á psiquiatría. Proban, segundo a rede de relacións de cada un, con diferentes terapeutas. Pedro tiña ataques de pánico. Tras un tempo cunha grande angustia acode á súa familia que lle consegue unha cita privada de pagamento co director

⁸³¹ Pedro 1: 3.

⁸³² Eladia 1: 3.

⁸³³ Na literatura especializada, psiquiátrica e psicolóxica, unha das interpretacións desta tendencia é a busca por parte do EM dunha forma respectable de medicación, de automedicación.

⁸³⁴ Pascual 1: 10.

⁸³⁵ Edith 1: 5.

⁸³⁶ Elías 1: 5.

⁸³⁷ Pedro 1: 7.

naquel momento do Sanatorio de Conxo. Paco⁸³⁸ proba varios médicos de cabeceira ata chegar a un psiquiatría que diagnósticalle e medicalle para a súa depresión tras o engano e fuga da súa muller. Paz⁸³⁹ por exemplo acode a varias formas de terapia con herbas ata abandonalo litio para o seu diagnóstico de bipolar tras varios anos de certa estabilidade. Edelmira⁸⁴⁰ sofre mil ingresos por problemas físicos, pero o seu primeiro diagnóstico como Esquizofrenia non chega ata moitos anos de consumo de diferentes drogas e alcohol.

Moitos pasan primeiro por diferentes programas de desintoxicación. O proxecto Home é citado por dez entrevistados como un primeiro paso antes de chegar a Pégola. Moitos tiveron que pasar primeiro por diferentes programas para toxicomanías antes de poder acceder a Pégola. Edelina estivo en tódolos centros do proxecto home en Galicia, mentres que Elías só en Santiago, pero durante case dous anos. Eduardo⁸⁴¹ pasou por programas similares en Suíza e mesmo en Thailandia onde a súa nai foino rescatar cando a súa esposa desentendeuse definitivamente del.

Ningún dos entrevistados permaneceu co primeiro psiquiatra ao que acoden. Todos teñen unha longa lista de diferentes psiquiatras polos que pasaron. A maior parte dos usuarios de Pégola trátanse hoxe en día con Melón, da USM de Esteiro. Pero ningún o tivo a el como único psiquiatra. Os familiares de EMG coinciden en sinalar esta circunstancia. Tódolos usuarios pasaron por unha interminable lista de psiquiatras e especialistas de diversa índole: acupunturistas, curandeiros, especialistas en herbas, *albeites*⁸⁴², psicólogos, psicanalistas, psiquiatras de tódalas escolas pensables, etcétera. A casuística individual está condicionada polas relacións familiares, os veciños e os consellos da rede social. Cada un recibe e acepta (ou non) os consellos recibidos, de aí a variedade de especialistas probados.

Moitos dos entrevistados inician o seu contacto coa psiquiatría cunha práctica privada. É unha constante, tanto en España coma naqueles que acoden a médicos no estranxeiro. A primeira consulta psiquiátrica ou psicolóxica, salvo excepcións contadas, é cun psiquiatra ou psicólogo “de pagamento”. O razoamento ofrecido é dobre. Por un lado ofrecen máis confianza en canto a gardar o segredo profesional, pois na consulta pública ademais podente ver todos. Pero ao mesmo tempo, ofrecen máis confianza, coma se polo feito de pagar directamente a atención, o tempo e en xeral a atención médica consideráse de maior calidade. Posto que non todo o mundo pode pagalo, e é caro, a calidade debe de ser mellor.

Algúns relatan como probaron con curandeiros da Medicina Tradicional Galega ou con outras Terapias alternativas. En varios dos casos tratados por Mauricio na consulta de Argo⁸⁴³ as referencias ao tratamento previo co curandeiro local, ou a petición de referencias dalgún que fose bo, son claras e directas. En moitos casos a asistencia a un curandeiro, a interceder ante un santo ou acudir a unha Romaxe especializada é velada. Ao ser preguntados explican a recomendación dalgún familiar, coñecido

⁸³⁸ Paco 2: 3.

⁸³⁹ Paz 3: 15.

⁸⁴⁰ Edelmira 1: 2.

⁸⁴¹ Eduardo 1:5.

⁸⁴² Expertos tradicionais en torceduras e ósos. En Esterio hai varios.

⁸⁴³ Véxase capítulo anterior.

ou veciño. Algún caso familiar onde se comunica a efectividade. A familia é a base para este tipo de tratamentos, acódesa a eles arroupado por ela.

A lista de ingresos de cada EMG é longa, pasando por tódolos hospitais dispoñibles en función da existencia ou non de camas libres. Ningún dos entrevistados, salvo excepcións, narra menos de dez ingresos ao longo dos anos. En moitos casos non recordase exactamente o número exacto nin podese establecer unha cronoloxía clara.

Ao narrar anécdotas destes ingresos a maioría relatan as boas relacións co resto dos internados. Non adoitan recordalos nomes dos especialistas que os trataron. Todos coinciden en comunicar estes ingresos como períodos “negros”. Cousas que pasaron que mellor non se volvan repetir. Eladia, como viamos antes, díxome en varias ocasións durante a nosa entrevista, que supoño recordáballe algunhas das preguntas dos psiquiatras en algún dos seus ingresos, que por favor non a ingresase de novo. Todos parecen coincidir no bo trato recibido, pero prefiren non volver.

En canto á medicación, poucos recordan exactamente os nomes e as cantidades de pastillas tomadas. A maioría recíbenas en Pérpola ou danllas os seus familiares en cada comida. Moitos reciben un inxectable para os síntomas agudos, con, de seis a sete pastillas para completalo tratamento e evítalos efectos secundarios desagradables. Dedúcese do que contan que as doses son teoricamente postas polos seus psiquiatras, pero os familiares cos que viven, as supervisoras dos pisos tutelados ou mesmo as propias traballadoras ou compañeiros de Pérpolas cámbianlles ou aconsellan cambiar as doses ante a aparición dalgunha crise.

Ao recibir o seu diagnóstico tras atopase cun psiquiatra co que se entenden, narran unha longa peregrinación tamén ata atopar as doses exactas de anti psicóticos e das pastillas para os efectos secundarios. Narran historias de proba e erro nunha evolución complexa coas súas crises, ingresos e variadas situacións familiares. Todos contan períodos nos que deixaron a medicación por “atoparse mellor”. O razoamento aludido é similar en tódolos casos. “Se me atopo xa ben, porque hei de seguir tomando estas pastillas”⁸⁴⁴.

Un dos efectos secundarios é o aumento de peso e a obesidade. É unha constante en tódolos entrevistados, a preocupación por “facer exercicio”, aínda que a maioría, salvo pasear, recoñecen non facer ningún. Outro efecto secundario son os tremores, a falta de capacidade de concentración e efectos “xoguetóns na vista”. Elena neste sentido cóntame o desagradable de sentir como os teus ollos vanse cara arriba, obrigándote sen querer a mirar arriba. Eduardo quéixase da nula sexualidade coa que ten que vivir como enfermo medicado. Discutiú con Melón, di, e agora acode a un psiquiatra dunha USM do centro urbana máis próximo, con quen negocia, afirma, a cantidade de medicamentos.

En polo menos tres casos (Eduardo, Elia e Elena) deuse, no momento da estabilidade no diagnóstico e a medicación, unha crise forte cos seus núcleos familiares de referencia. A familia xoga en tódolos casos, positiva ou negativamente segundo observa cada un, un papel esencial. Ou ben acepta e colabora abertamente, ou ben, por motivos non sempre claros para o usuario, leva consigo certa ruptura. Os tres

844 Coherente co descrito por Karp (2006).

casos citados non son excepcionais, a maior parte narran períodos nas súas vidas onde a familia non entendeu o que lles pasaba, polo que viviron pola súa conta durante un tempo. En ningún dos entrevistados a ruptura coa familia é definitiva ou total. Eduardo⁸⁴⁵ acode nas vacacións a visitar a súa nai coa que non parece aguantar máis de dous días (ten como vimos unha longa historia de roubos na propia casa familiar para conseguir diñeiro para drogas). Elia⁸⁴⁶ vai unha vez ao mes a visitalos, pero nada máis. Elena⁸⁴⁷ fai o mesmo, pero sempre acode acompañada dunha compañeira do piso tutelado.

Terceira fase: chegada a Pégola e aprendizaxe.

A pesar de tódolos ingresos, das longas historias de medicacións diferentes e probas con diversos especialistas da EM, ningún dos entrevistados se define como Enfermo Mental ou Esquizofrénico. Falan da súa “enfermidade”, pero non lle engaden como motivo de identidade o apelativo de mental. Non aceptan polo tanto o diagnóstico de EMG, aínda que si a medicación, a participación na asociación con matices (é traballo, di a maioría) e si son capaces de repetilos esquemas definidores aprendidos sobre a súa “enfermidade”. Cada un ten unha explicación diferente de que é o que lle pasou para ser os que son: un golpe na cabeza, unha mala experiencia (sexual, familiar, etc.), un mal trato médico, etc.

Ningún usuario de Pégola dos entrevistados define intimamente o seu estado como EMG ou loucura. Cada un ten un nome propio para o seu “problema”. Pablo fala dun golpe forte na cabeza. Elena atribúeo a problemas psicolóxicos. Edith, Elia, Edelina e Elisardo insinúan algún tipo de trauma ou abuso sexual. Peregrina apunta indirectamente ao alcohol. Elías, Eladio ou Efrén sinalan ao abuso de diversas substancias. Ou simplemente non falan do que lles pasa como unha enfermidade, narran os acontecementos sen referirse a eles como unha enfermidade subxacente. Efrén faino por exemplo recordando a infinidade de barcos nas que estivo embarcado, as interminables esmorgas na que gastou sen aforrar nada tódolos millóns que gañou como mariñeiro. Recorda con nostalgia a enerxía coa que vivía entón fronte á decadencia corporal e anímica coa que vive o súa Bipolaridade.

Ningún fala na intimidade dun “fallo” bioquímico, cerebral ou xenético. Cada usuario de Pégola ten unha explicación causal diferente para o seu estado. Pero ao falar do que aprenderon en Pégola, todos parecen repetir unha mesma “lección”. A EM é un desequilibrio do cerebro que a medicación restablece. Todos a comparan unha e outra vez coa diabeite. Repiten o mesmo esquema en tódalas entrevistas: “Do mesmo modo que un diabético debe tomar insulina para a súa falta de azucre, eu teño que tomar as miñas pastillas”.

Neste mesmo sentido de lección aprendida todos coinciden na terminoloxía, exemplos e vocabulario empregado para describir en que consiste a Esquizofrenia. Así todos recoñecen aprender en que consiste a súa “enfermidade” unha vez comezaron a formar parte da vida diaria de Pégola. Nunha cita previa dun relato gañador dun premio presentado por Eladia así o explicaba cunha metáfora: os psicólogos e traballadores de Pégola son os seus “pastores”⁸⁴⁸. Ensináronlle en que consiste o que lle pasa e a guiaron. Todos sen excepción expresan o seu agradecemento por esta aprendizaxe.

⁸⁴⁵ Eduardo 1: 7.

⁸⁴⁶ Elia 1: 3.

⁸⁴⁷ Elena 1: 6.

⁸⁴⁸ Véxase inicio capítulo 7 onde se describe a vida en Pégola.

As críticas a Pégola adoitan vir polo taller onde están actualmente asignados ou por problemas puntuais cos compañeiros. Eduardo⁸⁴⁹ pasou por diferentes talleres, non lle gusta agora o traballo no de enmarcado, aínda que engade: “realmente non fago nada”. Eladio⁸⁵⁰, habitual do taller de cestería, afirma que se lle dá mal. Non obstante é o único en elaborar as bases dos cestos sobre as que os demais usuarios tecen despois. Pastor⁸⁵¹ non atina coas bolsas de papel, pero nunha conversación sobre o seu “traballo” a outro usuario no corredor, relátalle orgulloso como dá cada paso para dobrar o papel e pegar cada parte. Pablo pon unha bata azul para moverse polo taller de enmarcado, el vén a traballar a Pégola. Edson⁸⁵² non entende, onde van parar os ingresos do “contrato” que a directora fixolle asinar para vir á asociación. Todos foron pasando por tódolos talleres ata atopar o que mellor iballes. En caso de que haxa algún pedido ou acumulese traballo nalgún taller, cambian a súa actividade habitual e botan unha man. Non sen sinalar nas entrevistas as dificultades do “novo traballo”.

Outro motivo de crítica a Pégola é polo diñeiro. As cotas mensuais son unha constante tema de protesta nas entrevistas. Os dos pisos de acollida pagan máis incluíndo comidas, mentres que os demais pagan un tanto ao mes para as furgonetas. Eses son os motivos que todos repiten para pagar a Pégola. A maior parte non está contenta por ter que pagar por traballar. Ningún alude non obstante aos cheques que reciben nas vacacións de nadal e de verán (polas vendas de cestos, teas e os produtos elaborados nos talleres).

Unha vez obtido un diagnóstico psiquiátrico os usuarios de Pégola narran como chegaron a asociación. A maioría chegou derivada da USM, aínda que os máis antigos contan como foron mesmo aos “buscar” ás súas casas⁸⁵³. Eladia ou Elena estiveron case dende o inicio en Pégola, tras pasar por unha especie de asociación de amas de casa local nun taller de cerámica. Ambas as dúas “foron recrutadas” por un dos traballadores de Pégola, Mariana. Nalgúns casos chegan remitidos polos hospitais, ou como Pedro e Perpetuo, remitidos por orde xudicial como substituto do seu internamento psiquiátrico. Estes dous casos deron “problemas” na asociación polo que deixaron de vir para volver aos seus hospitais de referencia.

A vida en Pégola establece unha rutina á que agarranse con forza. Todos narran a súa rutina diaria nas entrevistas. Érguense nas súas casas ou piso tutelados. Almorzan e aseanse (aínda que algúns recoñecen facelo só unha vez por semana). Recóllenos nas furgonetas e iníciase a rutina diaria. Os dos pisos tutelados comen neles ou cando hai posibilidades económicas fano nos locais de Pégola. Os outros volven ás súas casas. Polas tardes as rutinas varían, pero é unha constante a repetición das mesmas actividades dos usuarios no seu tempo fóra de “Pégola”. Paseos co can para Elías, coidado do pai e limpeza da casa para Eladia, durmir e ver a tele no caso de Eladio ou ir falar cun dos perruqueiro de Esteiro no caso de Edson. Teñen todos horarios ben marcados durante toda a semana. A rutina repítese e todos parecen atopar certa satisfacción nesa orde.

⁸⁴⁹ Eduardo 1: 7.

⁸⁵⁰ Eladio 1: 2.

⁸⁵¹ Pastor 1: 8.

⁸⁵² Edson 1: 10.

⁸⁵³ Ao ler o bosquejo desta tese as traballadoras de Pégola fixéronme notar que “a diferenza doutras asociacións”, aquí non ían pescar usuarios. O que indicase aquí é a percepción que da súa experiencia teñen os usuarios, non a suposta realidade.

Case ningún di querer traballar fóra de Pérgola. Salvo Edelina que traballa no mercado semanal e que seguramente fagase cargo da tenda de artesiana que abrirá a asociación en breve, ningún quere traballar. Describen os problemas para atopar traballo fóra de Pérgola pero non parece atopar moito interese niso. Todos aducen entón a incompatibilidade coa pensión de invalidez que cobran da Seguridade Social.

Un tema recorrente nas conversacións con usuarios é o anonimato en Esteiro. Non queren ser recoñecidos en Esteiro como integrantes de Pérgola, aínda que todos engaden que, todo o mundo sabe quen son. Aínda que teñen amigos, coñecidos e familiares cos que pasan tempo, adóitanse moverse en grupos por Esteiro. Polo menos os que viven en pisos tutelados. Moitos deles xúntanse ademais as fins de semana para charlar, ou ir de excursión co coche de Eliseo

Os usuarios idealizan en xeral a súa vida antes dos “problemas”. Facían as cousas con facilidade, sen un signos evidente da EM. Dalgún xeito a súa “pelexa” na EM lévaos a querer volver a eses momentos idealizados. Efrén, dende o seu bipolaridade, identifica eses momentos como ideais. Recuperarse sería volver eses instantes, a ese estado, a ese humor daquela época dourada. Melchor psiquiatra e bipolar considera os seus mellores momentos aqueles nos que traballaba en Guinea, sen casar, sen as cargas que supuxeron os fillos e a muller.

Complexidade vivida.

A dificultade maior de padecer unha EMG está en identificar a distinción dende a que observarse. Aínda que de cara ao público identifican os síntomas da EMG, comunicando a súa experiencia nunha semántica entendible, non fan o mesmo na súa propia intimidade. Aquí o seu vocabulario para explicar o seu estado é persoal, idiosincrático. Cada un distánciase dos trazos da Esquizofrenia para explicalo seu estado dende algún outro sentido aceptable pero sen o custo social da EMG. A distinción entre enfermo / cordo é usada de forma flexible. Esta ambivalencia é a clave para entendelas distincións dende as que os diagnosticados oficialmente cunha EMG comunicanse. Facemos agora un rápido percorrido polas restantes distincións observadas nas experiencias narradas en primeira persoa.

Aínda que diferenciase entre delirio e realidade, os EMG sitúanse en moitas ocasións do lado do delirio. Pero denomínanos a súa vida imaxinaria. Saben que non é real, pero a súa persistencia malia as medicacións, esixelles falar del, non sempre dende el. Elías fala con Deus mentres que Eladía establece unha distinción no seu discurso preguntándome se quero oír a súa vida imaxinaria ou a real. A fronteira separadora entre ambas as dúas, e as fluctuacións, son a clave.

A etiqueta de Esquizofrénico é coñecida por todos, repiten o seu significado, pero non a usan para definirse. O medo, a vergoña ou o temor ao rexeitamento son as explicacións implícitas. Falan da súa enfermidade, pero ningún engadelle o cualificativo de mental.

Nas narracións biográficas construídas nas entrevistas marcan unha clara diferenza entre a primeira crise ao inicio da súa enfermidade. Todos recoñecen abertamente, se foi o caso, o consumo de drogas, maioritario entre os usuarios de Pérgola. Describen unha tras outra as sucesivas crises, ingresos e probas desta ou aquela medicación, e os seus efectos secundarios molestos. Neste proceso poucos acoden ao médico, nas súas narracións, por propia iniciativa. Lévanos os seus familiares. A peregrinación polos diferentes especialistas remata inevitablemente nun psiquiatra da seguridade social pública.

Os diagnosticados con Esquizofrenia coinciden en usar un amplo e variado vocabulario para describirla súa timidez, os seus estados taciturnos. Estes estados non son achacados á enfermidade, senón que identifícanse como propios das súas personalidades, do seu carácter. Distinguen estes estados próximos á depresión dos seus ataques ou crise. A violencia, o estrés ou un formigullo que non son capaces de controlar, empeoran a súa situación e rematan nunha visita ao psiquiatra ou a urxencias e nun ingreso. É a estes estados aos que denominan implicitamente o seu problema, a súa enfermidade. Aínda que directamente, como apuntabamos, non a denominan Enfermidade Mental. A distinción opera entre estados de timidez ou depresión cos de violencia ou crise.

Os diagnosticados cunha Enfermidade Bipolar idealizan os seus períodos de manía. Neles séntense eles mesmos, mentres describen con tristura os seus períodos de Depresión. A enerxía con que viven a euforia identifícanos cos seus mellores momentos, convertidos en modelos de estado ideal. O abandono da medicación coincide coa saída dunha fase depresiva e o inicio dunha suba do estado de ánimo. Se xa están ben, saíndo do pozo ¿para que necesitan a medicación?

En tódolos casos a rutina, a presenza de familiares ou compañeiros coa mesma problemática son os espellos nos que miranse. Sen eles o curso da EMG seguiría e non se atallaría as crises periódicas que levan consigo. A experiencia de moitos anos de curso da EMG xunto coa presenza ao seu arredor doutros que lles comunican os seus cambios de humor ou estado, son a clave. Cada usuario é veladamente consciente desta realidade, e non separase da súa familia, dos outros usuarios de Pérgola. O cal non impide por suposto os “fallos” no sistema, pois os ingresos e recaídas repítese.

A imaxe con que definen a súa pertenza a Pérgola é maioritariamente a de traballadores. Acoden á nave industrial para traballar nos distintos talleres. Identifícanse ante os habitantes de Esteiro como: “estou en Pérgola”, sen engadir nada máis.

Ao ser preguntados sobre os beneficios de pertencer a Pérgola, case todos contestan algo parecido. Indican que aquí os entenden, quérenos, escóitanos e que reciben cariño. A distinción integradora é clara. Fóra da asociación non saben quen son, dentro, son alguén. Mesmo de cara ao público exterior, e malia o estereotipo negativo que xeralmente oculta, pertencer a Pérgola sérvelles para xustificar o seu estado, as súas rarezas ante os estraños. A EMG en Pérgola comunícase e vívese. Con ela outórgase identidade, e sendo un elemento normalmente excluínte a EMG convértese na crave da inclusión, polo menos dentro da propia asociación e no ámbito local.

No capítulo seguinte, previo ás conclusións, volvemos aos socialmente encargados da xestión da EMG en Galicia. Describimos a perspectiva dende a que observase a EMG na xestión informática do SERGAS. Situamos esta entrevista separada dos tres capítulos precedentes, fora do capítulo centrado propiamente nos xestores, por achegar unha perspectiva non médica da complexidade social que viñemos describindo. As observacións que axiña pasamos a relatar sérvennos como ponte inmediata cara ás conclusións desta investigación, pois volven recordarnos unha das claves teóricas subliñadas na primeira parte: *a imposibilidade de abranguela complexidade*.

Capítulo 11. Complexidade informática. 11

“A historia clínica dixital en psiquiatría é unha cuestión complexa”⁸⁵⁴.

Fernando é fillo dun Esquizofrénico⁸⁵⁵. Traballa dende hai anos para o SERGAS nos *Servizos de Informática de Hospitalización e dos Centros de Saúde*. Dende hai dous anos coordina, baixo a supervisión dunha *Subdirección* da Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, o intento de “Unificar” a Historia Clínica Dixital para toda Galicia. Outros departamentos de informática levan tamén a Tarxeta Sanitaria Dixital ou a Receita Dixital. Na entrevista descrita a continuación relata os “problemas” cunhas “Unidades de Saúde Mental (USM), de Drogodependencias e Alcoholismo”⁸⁵⁶.

Fernando comeza contextualizando o seu traballo. Os distintos Servizos hospitalarios especializados, Estomatoloxía, Medicina Interna ou Oftalmoloxía, contan en cada Hospital con dous tipos de consultas. Teñen, en primeiro lugar, as consultas “internas” no propio Hospital. Os pacientes reciben atención do Servizo mentres atopanse hospitalizados. En segundo lugar, os mesmos profesionais atenden pacientes “externos”. Son pacientes dados de alta tras unha estancia, ou pacientes derivados a un servizo especialista polo seu médico. Neste segundo caso un médico de Estomatoloxía, por exemplo di Fernando, atende, ou ben no propio Hospital, ou ben desprázase a un Ambulatorio (Centro de Saúde externo ao Hospital). O especialista visita alí aos seus pacientes. En todos estes casos o Servizo está homoxeneizado e depende do mesmo grupo de especialistas pagados polo SERGAS.

A Historia Clínica Dixital (HCD) consiste nun programa informático que xestiona para toda Galicia os datos dun paciente. A idea é, explícame Fernando, que se un paciente ingresa en Estomatoloxía o doutor que o atenda poida consultar tódolos seus datos médicos para poder tratalo con toda a información dispoñible. Se ese mesmo paciente ingresa dentro de dous meses noutro Servizo, poñamos Radioloxía, a súa HCD permitirá ao novo médico dispoñer “directamente de *toda* a información sobre o seu enfermo”⁸⁵⁷.

O problema xurdiu con quince Unidades de Saúde Mental (USM). En Galicia “hai trinta e dous USM, con catorce Hospitais. Pero hai, polo menos, quince USM sen un Hospital próximo. Teñen dependencias diferentes aos outros Servizos nun Hospital”⁸⁵⁸. O traballo de Fernando consiste en implantalo novo sistema informático para unificar, compatibilizar e sistematizar o tratamento da información de cada paciente psiquiátrico. Como xa fíxose con outros servizos especializados.

⁸⁵⁴ Fernando 1: 5.

⁸⁵⁵ Aquí faremos uso dunha segunda entrevista gravada sobre o seu traballo. O seu nome non comeza por “M” como o resto dos xestores pola súa calidade de familiar dun EMG. O seu perfil biográfico completo pode consultarse no apéndice. Moitos dos datos identificadores foron modificados para protexer o seu anonimato.

⁸⁵⁶ Fernando 2: 2.

⁸⁵⁷ Fernando 2: 5.

⁸⁵⁸ Fernando 2: 6.

Os problemas veñen, contame, de que cada unha destas quince USM teñen unha forma de traballo diferente, cunha “cultura”⁸⁵⁹ propia. Dende hai dous anos “foron traspasadas” formalmente ao SERGAS, pero a súa orixe administrativa é diferente. Nalgúns casos dependen dos Concellos, que con fondos Europeos ou Nacionais fundaron Centros de Toxicomanías, tratamento do alcoholismo ou USM. Nalgún caso, mesmo a súa creación orixinal, foi do exército ou da iniciativa dun psiquiatra cun cupo de pacientes por oposición á que asignouselle unha área xeográfica.

O que temos polo tanto son dous ámbitos administrativamente ben diferenciados nos “Servizos de Psiquiatría”, explícame Fernando. Por un lado temos Hospitais Psiquiátricos de Agudos, Hospitais para Crónicos, Hospitais Psiquiátricos de Día. Nestes tres casos son centros de atención psiquiátrica xa dependentes dos Servizos de Psiquiatría dun Hospital próximo. Pero temos ademais, engade, estas USM de asistencia ambulatoria independentes da xerarquía e sistema hospitalario. “Non traballan con consultas externas como noutros servizos”⁸⁶⁰. Traballan de forma desorganizada, en función de “iniciativas persoais, pero sen unha xestión homoxénea, e, por suposto, sen control”⁸⁶¹. Ofrecen consultas “externas” pero sen dependen de ningún servizo hospitalario. Falta polo tanto, di Fernando, unha “integración asistencial e organizativa”. Non hai un “circuíto claro” polo que un paciente pase dunha hospitalización ás consultas ambulatorias⁸⁶². Formúlase un problema grave para implantar a HCD e poder establecelo seguimento unificado da información médica dun paciente psiquiátrico. A canle de entrada dun paciente atópase unificada para tódolos Servizos salvo para Psiquiatría⁸⁶³.

A estas dificultades xa sinaladas hai que engadir que ao longo da historia do propio SERGAS estas USM dependeron de diferentes Consellerías dende 1989. Formaron parte do *Comisionado do Plan de Drogas* para estar dentro da *Consellería de Familia e Asuntos sociais* ata que esta desdobrouse. Isto, sinala Fernando, creou unha dinámica de traballo onde prima o *escepticismo*. Se tantas veces chegaron novos aires dende arriba, o que se xera é un “pasotismo” perfectamente entendible, razoa Fernando⁸⁶⁴. Dado que cada unidade ten a súa propia historia, a súa cultura, a súa orixe e as súas experiencias, o traballo de Fernando é difícil. Se puidesen empezar de cero sería distinto⁸⁶⁵.

O primeiro obstáculo está en quen paga estas USM. Como dependen de distintas organizacións é longo e tedioso facer funcionarios do SERGAS a todos eles. Require tempo e vontade político xestora. Se este obstáculo de soluciónase, a unificación da HCD sería infinitamente máis doado.

Un segundo problema é a historia, a cultura de cada USM. Cada xefe de Unidade “foi un rei” durante moito tempo. Por exemplo, se tiña un acordo con tal sinatura de medicamentos para conseguir un desconto nun pedido, podía conseguir esa rebaixa, non en metálico, senón en ordenadores e un software propio. Por suposto cada “xefe debe de ter a súa propia autonomía”, pero estas “illitas” están a quedar fóra do sistema. Nós, di, non obrigamos a ninguén a aceptar a HCD. Pero de feito, posto que outros Servizos especializados vana aceptando, aqueles que non a teñen acaban perdendo información,

⁸⁵⁹ Fernando 2: 9.

⁸⁶⁰ Fernando 2: 1.

⁸⁶¹ Fernando 2: 1.

⁸⁶² Fernando 2: 3.

⁸⁶³ Fernando 2: 4.

⁸⁶⁴ Fernando 2: 12.

⁸⁶⁵ Fernando 2: 11.

ou non reciben “chamadas” da consellería. Se un xefe de servizo ten unha rede contactos “tradicional” (non informática) para dar un bo tratamento a un paciente cun par de chamadas fai as conexións necesarias. Iso debería estar unificado e non depender dos contactos persoais⁸⁶⁶. “Pouco a pouco vannos chamando”⁸⁶⁷, engade.

Outro problema é a “confidencialidade” dos datos da HCD. Existe disparidade de criterios para definilo que quere dicir esta palabra. “Algúns servizos queren ter a *súa información* gardada, e só eles dar acceso discrecional”⁸⁶⁸. As directivas da Unión Europea, e no Ministerio madrileño séguenas, tenden a deixar decidilo paciente, tras asinar un formulario de consentimento informado, qué información debe figurar na súa Historia Clínica e cal non. Os propios médicos son, en xeral, e non só os psiquiatras, puntualiza Fernando, teñen moitas reticencias á HCD.

Primeiro cuestiónanse a privacidade da información reflectida na HCD. Fernando apunta unha contradición, e o exemplo que me explica a continuación di usalo nos cursos que foron impartindo por toda Galicia nos distintos servizos médicos. Se unha Historia está en papel gardada nun caixón: ¿Como sabemos que non a le quen non debe? Mentres está sobre a mesa do médico, continúa, a enfermeira, a limpadora ou o bedel pódena ler sen que nos decatemos. Mesmo durante o seu transporte pode caer baixo a mirada de ollos indiscretos. Non obstante na HCD se alguén fóra do servizo a le, ten que asinar dixitalmente e explicalas razóns para acceder á información antes de obtela coa súa clave. Calquera entrada a unha HCD queda rexistrada sen posibilidade de eludilo control, cousa que no sistema de papel non sucede.

Existe, engade, un segundo medo. Dado que a HCD deixa toda entrada rexistrada, a responsabilidade legal do médico é maior. Agora, coa HCD, un paciente ten o dereito por lei a solicitar información sobre quen fixo uso dos seus datos. Se se demostra que alguén non debidamente autorizado, de acordo con criterios xudiciais, accedeu aos seus datos, pode aparecer unha denuncia. As historias sobre este tipo de denuncias van en aumento, di Fernando.

É curioso, di, que agora teñen medo ao que escriben paro parecen non o ter sobre o que escribían sobre o papel. Cántame a continuación un comentario dunha psiquiatra dunha destas unidades. Preguntouno nunha das súas charlas para explicar o funcionamento da HCD: “¿Que pasaba se ela un día poñía que o paciente dicía tomar a medicación pero ela cría que lle mentía? Iso quedaba escrito, ¿non?”⁸⁶⁹. Fernando contestoulle que igual que quedaría escrito nunha HC en papel. Ao que a psiquiatra contestou: “Si, pero escribíámolo con mala letra. ¿Que pasa se eu poño que o paciente paréceme un “fillo de puta””⁸⁷⁰. Fernando respondeulle que quizais esa “información” non fose relevante para outros médicos, razoando que as apreciacións subxectivas non debían formar parte da HCD, quizais estaban mellor no caderno persoal do psiquiatra. Nese momento Fernando engade: “É certo. Coa HCD os profesionais escriben menos”⁸⁷¹.

⁸⁶⁶ Fernando 2:12.

⁸⁶⁷ Fernando 2: 5-6.

⁸⁶⁸ Fernando 2: 7.

⁸⁶⁹ Fernando 2:9.

⁸⁷⁰ Fernando 2:9.

⁸⁷¹ Fernando 2:9.

Fernando fórmulase entón unha pregunta: “¿Trátase de medo á informática ou de medo á información?” A resposta daraa o tempo, pero engade, a HCD fai aos médicos moito máis vulnerables, exercendo un control sobre a súa función que antes non existía⁸⁷². Supón un cambio de cultura, máis traballo, máis esforzo, máis organización e dende logo máis control sobre o seu traballo.

Outro problema engadido é a idade de moitos dos psiquiatras e traballadores destas unidades. Moitos deles son “dinosaurios” nisto da informática, analfabetos funcionais diante dun ordenador⁸⁷³

Fernando ve dúas vías como solución. Unha sería crear unha unidade por enriba de todas estas USM para coordinalas. Englobaría a todas elas nunha mesma base de datos de pacientes⁸⁷⁴. Serviría de ponte para ir pouco a pouco cara á HCD que “estamos a impoñer en tódolos Servizos” de Especialidade. O outro modelo, o máis lóxico segundo Fernando, por ser coherente con outros Servizos, sería considerar estas USM como consultas externas dos Hospitais. O seu xefe está tamén por esta segunda forma de “implementación informática”⁸⁷⁵.

Estamos con todos estes problemas “en terra de ninguén”, porque a Consellería non ten unha clara prioridade con estas USM. Os meus xefes non forzan ao cambio estas USM porque non hai presión dende arriba. Por agora son as propias USM interesadas as que nos van chamando. Trátase dun problema de prazos. Tarde ou cedo, a HCD acabarase impoñendo. Servirá para racionalizalo servizo de atención psiquiátrica fóra dos hospitais, permitindo dispoñer dos datos de cada paciente, xerados en cada servizo, para un “bo tratamento” noutros servizos médicos. Porque o feito de “que os Hospitais psiquiátricos dispoñan de *tódolos* datos dun paciente para poder tratalo con toda a información a man, é importantísimo, pero”, engade, “trátase *dunha cuestión complexa*”⁸⁷⁶.

⁸⁷² Fernando 2: 10.

⁸⁷³ Fernando 2: 10-11.

⁸⁷⁴ Fernando 2: 3-4.

⁸⁷⁵ Fernando 2: 11.

⁸⁷⁶ Fernando 2: 13. Neste único caso o énfase é noso.

Complexidade de xestión.

Esta entrevista con Fernando apunta unha descrición nova sobre a temática que vimos analizando nesta tese. A distinción sobre a que un informático observa ás USM é diferente, por suposto, á dos enfermos, os psiquiatras, unha asociación ou os familiares de EMG en Galicia. A administración quere racionalizar un aspecto do servizo de psiquiatría pública a nivel de toda Galicia. Racionalizar aquí significa permitir acceso aos datos médicos de cada paciente nun servizo informático xestionado dende o SERGAS. Todo o que queda do lado da non racionalización é dificilmente asumible dende o punto de vista de Fernando. As USM levan anos traballando coas súas propias distincións e defenden a súa forma de encarar a EMG.

Dende o lado da racionalización informático administrativa dende o que Fernando observa as USM ofrécenos unha descrición rica da situación na Galicia do ano 2008. Por suposto hai aspectos que dende a propia administración, dende o imaxinario que supón esa racionalización, non se poden observar. Non se ten en conta, por exemplo, o poder económico da práctica privada sobre as retencencias contra a HCD. Tampouco a influencia da industria farmacolóxica. A comunicación coas USM existentes, traballando coas distincións e complexidade específicas xa descritas, é difícil, complexa. Cando a HCD se implante, ou non, teremos unha nova simplificación da complexidade da EMG. Soñada como solución a moitos dos problemas, os obstáculos de comunicación descritos por Fernando mostrannos como os sistemas sociais creados en Galicia para tratar a EMG en Galicia, descritos ao longo desta tese, perviven coa informatización.

CONCLUSIÓN.

*“Mientras que no ámbito da inclusión os seres humanos contan como persoas, no da exclusión parece importar máis como corpos”
Luhmann, A sociedade da sociedade⁸⁷⁷.*

Durante o Franquismo en Galicia, como en España, as Enfermidades Mentais Graves⁸⁷⁸ non entraban baixo a cobertura da Seguridade Social. Existían formas complementarias entre si de afrontar unha problemática psiquiátrica nun familiar ou amigo en Galicia. A primeira delas, era, como vimos, a Beneficencia ou Caridade organizada a través das deputacións provinciais. Existía un Hospital Psiquiátrico para pobres máis ou menos en cada provincia (Conxo en Santiago era un deles, onde se recibían internos de todo o norte peninsular).

A segunda alternativa era a psiquiatría privada nas capitais de provincia con clínicas e consultas de diferentes prezos en vilas, cidades e capitais comárcais. En Santiago por exemplo, xa hoxe en día, o sanatorio “Los Robles”.

Unha terceira alternativa ofrecíase a través dos curandeiros da Medicina popular galega con Romarías específicas e rituais elaborados para o “*meigallo*” e outras doenzas. “O Corpiño” en Lalín, na provincia de Pontevedra é un bo exemplo, pero tamén en Belvís en Santiago, entre unha ampla gama de posibilidades⁸⁷⁹.

Unha cuarta alternativa eran as consultas de Neuroloxía da Seguridade Social Pública. Nelas atendíanse de maneira oculta algúns casos. Os neurólogos idealmente ocúpanse de trastornos do cerebro, cunha base neurolóxica recoñecible. Ante a ausencia de psiquiatras estas consultas nos ambulatorios orientaban os enfermos cara a algunha das outras opcións.

Estaban ademais os tratamentos “caseiros” de diversa índole. Nesta opción incluíanse diversos sistemas de contención caseiros como as denominadas “celas domésticas”. Con eles solucionábanse as crises puntuais ou podían chegar nalgúns casos a converterse en situacións permanentes⁸⁸⁰.

Ata os anos oitenta do século XX todas estas opcións levaban consigo unha forma de internamento para os casos máis graves. Ou ben un internamento permanente en Conxo, o único hospital psiquiátrico público mixto durante a maior parte do século XX. Ou ben algunha combinación das opcións sinaladas con internamentos nos momentos puntuais de crises agudas da EMG.

Coa Democracia, durante a Transición Española, os “tratamentos” citados para as Enfermidades Mentais Graves (EMG) *evolucionaron* sen desaparecer de todo ao fío de tres cambios relevantes para a nosa análise.

O primeiro cambio supuxo a “legalización” da psiquiatría no sector público gratuíto. A psiquiatría pasou legalmente a formar parte da cobertura oficial da Seguridade Social⁸⁸¹. Como vimos este cambio

⁸⁷⁷ Luhmann 2007 (1997): 501.

⁸⁷⁸ Esquizofrenia, a enfermidade bipolar e a depresión persistente; véxase *Asociación Americana de Psiquiatría* 2007 DSM-IV-TR; O Organización Mundial Saúde 2006 CIE-10.

⁸⁷⁹ Analizamos un caso no capítulo 6. Véxase tamén a bibliografía citada ao longo da tese, ou consúltese a ampla selección de libros citados na bibliografía.

⁸⁸⁰ Véxase: González Fernández - Comelles 2000. Emilio González describe un caso de cela doméstica en: González Fernández 1999.

⁸⁸¹ A cobertura legal non coincide en absoluto coa realidade da asistencia psiquiátrica en Galicia. Para a relación entre as leis e a psiquiatría, véxase: García García 2000.

non foi automático senón produto dunha longa integración, aínda sen finalizar, de tódalas institucións que se crearan para atendelos problemas psiquiátricos. Iníciase nos anos oitenta pero pódese afirmar sen lugar a dúbidas que aínda non rematou.

Un segundo cambio iniciado xa nos anos sesenta como vimos constitúeno os tratamentos para as EMG. Estes fixéronse universalmente farmacolóxicos, pagados ou subvencionados ademais con fondos públicos⁸⁸² ao xeneralizarse a cobertura sanitaria gratuíta. Non só aparecen novos tratamentos senón que estes se difunden así de forma maioritariamente gratuíta, ou subvencionados parcialmente, na rede pública de asistencia médica.

Un terceiro cambio importante foi unha consecuencia da denominada Reforma psiquiátrica. Os hospitais psiquiátricos abandonaron pouco a pouco a súa función de ser centros para estancias longas ou de por vida. Deixaron esta función manicomial de custodia para converterse en centros de internamento médico para as crises agudas da EMG.

A unión destes tres cambios constitúe o caldo de cultivo da chamada Reforma Psiquiátrica⁸⁸³. Esta non se pode entender sen a existencia previa de toda a rede de recursos e institucións sinalados. A Reforma Psiquiátrica levou consigo, como dicíamos hai un momento, a “liberación” progresiva das persoas cun diagnóstico de EMG dos manicomios. Dende ese momento foron xurdindo en Galicia asociacións de familiares e enfermos mentais con funcións parecidas entre si. Estas asociacións responden ás necesidades que os Enfermos mentais e as súas familias cando a EMG xa non é custodiada nos Manicomios. Unhas necesidades que sen encontraban sen resposta nas institucións xa existentes. “Pérgola”⁸⁸⁴ é unha de destas asociacións e nela centramos a nosa investigación.

Todas estas formas contraditorias de definir, identificar e tratar a EMG conviven en Galicia hoxe en día nunha armazón complexa. Esta tese describiu esa complexidade de dúas formas. Primeiro construíuse ao longo da primeira parte, un marco conceptual dende o que a observa. Sintetizamos a socioloxía de sistemas complexos de Niklas Luhmann e tiramos as consecuencias necesarias para construír unha socioloxía médica da EMG en Galicia.

Na primeira parte desta tese deliñamos pois a nosa perspectiva teórica e as súas implicacións metodolóxicas. Dunha forma esquemática definiuse o perfil dunha socioloxía médica da EMG dende a socioloxía de Luhmann, incluíndo o concepto de Imaxinario Social de Juan Luis Pintos. Perfilamos a nosa construción teórica nos campos semánticos cos seus imaxinarios existentes no sistema sociedade complexo contemporáneo: as psiquiatrías como parte do sistema médico, e a socioloxía e antropoloxía médicas dentro do sistema ciencia.

Tras revisar a semántica dos sistemas socialmente especializados na EM definimos precisamente este concepto, centrando o noso estudo en tres doenzas mentais graves: a esquizofrenia, a enfermidade bipolar e a depresión maior. Definimos ademais as distincións do sistema médico, da psiquiatría, coa que se observa dende el a EM, analizando a historia da súa evolución ata a sociedade funcionalmente

882 Véxase: Angell 2006 (2005); Kahn-Lawrence-Reist 2008.

883 Véxase: García-Espino-Lara 1998; Montero Gómez 1990; Pérez 2006.

884 Nome ficticio.

diferenciada do presente. Así, concluímos a existencia de moitas formas diversas de psiquiatría, coa industria farmacolóxica e as tendencias do *managed care* facendo realmente complexa a observación da EM realizada dende o sistema médico.

O paso seguinte (capítulo 3) foi percorrer a historia da semántica da ciencia da sociedade. Vimos como coincidindo coa aparición do capitalismo e o colonialismo (a sociedade funcionalmente diferenciada en linguaxe luhmaniano) xorden dúas disciplinas con dous métodos contrapostos para a observación científica do novo sistema social. A antropoloxía observando dende a distinción do concepto cultura, e a socioloxía facendo o propio dende a distinción do concepto sociedade. Aplicados ambos conceptos á observación do sistema sanitario emerxente, constatamos a súa *inexistencia* dende unha perspectiva complexa estrita aplicada a España ou a Galicia (salvo raras excepcións parciais ou incompletas). Constatamos así a non existencia dunha socioloxía da EMG en Galicia.

O segundo grande obxectivo desta investigación fíxose entón patente: facer unha descrición da complexidade social da EMG en Galicia dende unha socioloxía médica estrita. Tódolos capítulos da segunda parte analizaron fragmentos desa complexidade. En tódolos capítulos seguintes (do 4 ao 11) describiuse un fragmento da mesma.

Fixemos unha primeira incursión no sistema político-terroitorial e económico para describila historia e características específicas de Galicia. Perfilamos así a *complexidade político-territorial e administrativa* na que a EMG se comunica en Galicia. Na orde social de Galicia conviven varias entidades política territoriais: a municipal, a comarcal, a provincial, a autonómica Galega, a nacional Española, a internacional Europea. Cada unha delas achega opcións, recursos e institucións dende os que os sistemas psíquicos intercambian expectativas, debuxando o ámbito político territorial e administrativo no que vive a EM.

Un segundo paso consistiu en delimitar a historia da asistencia pública de Caridade e Beneficencia no século XIX e ata o ano 1992 en Galicia. De acordo co noso marco teórico, as institucións creadas (con especial atención neste capítulo aos elementos xurídicos en xogo) non desapareceron⁸⁸⁵, senón que son a base e caldo de cultivo da *complexidade asistencial* na que a EMG comunicase en Galicia. Constatáronse a existencia dunha rede extremadamente complexa de dispositivos asistenciais relacionados coa EMG en Galicia. Pretender que a visión dende un só deles, digamos a asistencia pública hospitalaria, sexa a clave da EM en Galicia, é, non só inxenuo, senón sobre todo falso. A historia descrita neste capítulo foi difícil de reconstruír, e é incompleta. O interese das institucións existentes en impoñer unha determinada observación (prestación política ou económica na maior parte dos casos) *desmóntase* cos datos achegados neste capítulo.

Pero neste segundo paso chegouse a outra conclusión importante. Existe un elemento oculto, opaco no mellor dos casos. É a asistencia psiquiátrica privada. Non é posible atopar nin un só estudo científico serio e fiable sobre ela en Galicia. Pero a súa presenza nas vidas dos relacionados coa EMG en Galicia

⁸⁸⁵ Como no caso da psiquiatría privada non existe un estudo completo e científico das ONG do "voluntariado" caritativo na actualidade. *Caritas diocesano*, *Mans Unidas* e toda unha rede complexa de asociacións católicas organizan a moderna caridade. Definen ademais os seus datos sen contrastalos con outras observacións, dese xeito captan subvencións ao mesmo tempo que "evanxelizan" segundo o seu vocabulario. Excede os límites desta tese, pero un estudo sociolóxico científico é necesario.

constatouse unha e outra vez todo ao longo desta tese. É necesaria unha investigación sociolóxica, non médica, deste aspecto da complexidade. A nosa investigación é, nesta carencia, incompleta, fomentando un imaxinario interesado do quefacer médico e a súa bondade asistencial.

A continuación ocupámonos, no capítulo 6 da tese, de dúas USM en dúas capitais galegas observadas en 1992. A primeira, a denominada USM1, serviunos para observar o traballo *interdisciplinar* dirixido polo seu psiquiatra xefe dende unha psiquiatría de orientación antropolóxica. As diferentes concepcións da psiquiatría conviven alí no traballo desta unidade. A saturación asistencial e o traballo clínico pragmático son os dous límites nos que a interdisciplinaridade se xera, como describimos, a comunicación no interior deste sistema social. Os imaxinarios e as expectativas diferentes sobre a EMG comunícanse na USM1 dentro dunha complexidade peculiar. O rural e o urbano, o psicótico fronte ao neurótico e toda unha serie de distincións permiten aos traballadores e usuarios da USM1 comunicala EMG.

A segunda unidade, que denominamos USM2, na que fixamos a nosa atención, noutro núcleo urbano, permitiunos internarnos nos detalles dunha perspectiva diferente sobre a EMG tamén existente en Galicia. Esta unidade traballa principalmente cun modelo *psicoanalítico*, que se engade aos xa descritos. Describimos entón a complexidade de distincións e imaxinarios cos que comunicase a EMG no interior da unidade.

Entramos despois (capítulo 7) na descrición dos datos recollidos entre 2005 e 2008 nunha Asociación de Familiares e Enfermos Mentais en Esteiro. Primeiro describimos a súa forma de traballo coa multiplicidade de funcións asumidas. Nesa multiplicidade de funcións describimos en detalle como se elabora a comunicación na asociación Pérgola. Tralo peche dos manicomios nos anos 80 e a lenta implantación dunha nunca rematada “Reforma Psiquiátrica“, as distincións e imaxinarios cos que se traballa na asociación adquiren sentido. A complexidade deste traballo deunos pé para describir as biografías de tres colectivos directamente implicados coa EMG en Galicia.

O primeiro colectivo no que nos centramos foron os familiares de EMG. Os familiares de EMG comunican dende a *intimidade* a súa experiencia. No capítulo 8 describimos como a EMG é en Galicia un *mal de familia*. Luhmann define o sistema familia sobre a base da comunicación íntima. No interior dunha familia a intimidade coa EMG descríbese neste capítulo ao fío das opcións sociais existentes, xa descritas. O perfil biográfico dun familiar próximo a un EMG en Galicia segue unha carreira moral da que debuxamos neste capítulo as súas fases principais.

En contrapartida e coexistindo coa íntima complexidade dos males de familia, os xestores da EMG falan principalmente de *responsabilidade* médica. No capítulo 9 debuxamos un esquema da carreira profesional dos xestores ou coidadores da EMG en Galicia. Dende a toma dunha decisión persoal para especializarse no campo da psiquiatría, coas diferentes opcións descritas nesta tese, cada un segue unha serie de fases máis ou menos comúns. Comparten un perfil similar ao longo das súas carreiras profesionais na complexidade de redes asistenciais existentes. Neste capítulo describimos a complexa responsabilidade médica dos xestores da EMG en Galicia no século XXI.

Chegamos por fin aos enfermos mentais mesmos. Son usuarios nas asociacións, pacientes para os seus médicos ou enfermos para as súas familias. Os usuarios, pacientes ou enfermos non falan de EMG, comunican as súas vivencias dende outras distincións que describimos no capítulo 10. As entrevistas realizadas, a observación nas institucións xestoras da loucura en Galicia permitíronnos reunir datos para debuxar os trazos comúns da vivencia en primeira persoa dunha EM. Hai toda unha serie de fases que describimos neste apartado da investigación a longo da carreira moral que cada EMG percorre ao longo dos anos de convivencia coa súa doenza.

Estes tres colectivos (familiares, xestores e enfermos) observan a EMG dende distincións ben diferenciadas, con contradicións comunicativas internas que alimentan a súa evolución. As súas miradas son por suposto complementarias, e só foron aquí analizadas por separado con fins descritivos. A complexidade social está na suma inabarcable de todas elas. E todas foron descritas nos capítulos correspondentes. O cal non quere dicir, por suposto, que non existan outros elementos desta mesma complexidade que escapen a esta tese.

Finalmente observamos os problemas de “xestión informática” no intento de implantar a Historia Clínica Dixital nas USM existentes en Galicia no século XXI (capítulo 11). Toda a complexidade descrita nos capítulos desta tese “negase” obstinadamente a entrar nos modelos de racionalización ofrecidos dende a administración. Un xestor informático ofreceunos unha descrición de tódalas complexidades analizadas anteriormente nesta tese. Esa perspectiva constrúe unha visión ampla de toda a complexidade da orde social e a loucura en Galicia, subliñando un dos principios delimitados na primeira parte: a imposibilidade de ter unha descrición completa da complexidade do sistema social. Unha e outra vez constátase, coa aparición dun novo dato, ou dunha nova investigación con distincións novidosas, a necesidade de recoñecer con humildade a incompletude e limitación de calquera observación da complexidade social. Esta investigación non é unha excepción.

Esta tese formulouse dous obxectivos. Por un lado construír unha perspectiva teórica para a socioloxía médica da Enfermidade Mental Grave en Galicia. Entendemos que neste modelo a complexidade social de por si indescribible veuse simplificada o suficiente para enxergala. A primeira parte desta tese centrouse nesta construción, cumprindo así este primeiro obxectivo.

O segundo obxectivo consistía en construír unha descrición da complexidade da orde social en torno á EMG en Galicia, aplicando así o marco teórico edificado na primeira parte. Esta complexidade require unha visión da evolución e emerxencia no tempo. A segunda parte ocupouse de posicionar o lector para obter unha perspectiva complexa da EMG na Galicia do ano 2008. Non se trataba de atopar unha solución á EMG, nin por suposto de definila. Tampouco era a nosa intención criticar sen máis as solucións existentes, diso ocupase xa o propio sistema social. Este segundo obxectivo consistía en facilitar unha visión da complexidade da EMG na súa propia complexidade. O lector será dende logo o mellor xuíz: se a súa visión da EMG é a mesma que ao inicio desta investigación teremos, ou non, fracasado.

Apéndices: os protagonistas.

Perfis biográficos de familiares.

Datos primarios

FERNANDO, é físico, traballa como informático nun Hospital, vinte e oito anos, fillo dun esquizofrénico. Unha irmá do pai (a sexta de sete irmáns) está ingresada dende hai anos nun Hospital psiquiátrico. Casado con dous fillos. O pai ten ademais Sífilis detectada hai só uns anos. O seu diagnóstico é de Esquizofrenia Paranoide. Tras moitos anos de crise, e a xubilación da súa esposa, atende diariamente un hospital de día rexentado por monxas con subvencións do SERGAS.

FELI Ten vinte e oito anos, estudante, filla dun pai alcohólico e, enfermo mental (bipolar). Relata nas entrevistas a súa infancia con crises permanentes do pai. A súa nai faleceu co que unha irmá da nai se ocupou das dúas irmás. A tía viviu con eles ata que a convivencia co pai se fixo intolerable. Hoxe en día Feli visita o seu pai na casa moi de cando en vez. Toma a súa medicación pero Feli sospeita que segue bebendo a pesar de ser hospitalizado en varias ocasións.

FILOMENA é hoxe viúva, vive un dos grandes núcleos urbanos de Galicia. Esposa con tres fillos dun Enfermo Bipolar cun diagnóstico e tratamento con Litio dende hai trinta e cinco anos. Filomena primeiro atribuíu ás drogas o estraño comportamento do seu marido. Tras ser detido e un par de viaxes organizando vendas extraordinarias, un ingreso nunha cara clínica privada acoden a Vallejo-Nágera en Madrid. Este dálle o diagnóstico, recéitalle Litio nos anos setenta e recoméndalle facerse unha analítica dos niveis de Litio só dispoñible en Madrid. O seu esposo leva dende entón con medicación, aínda que despois xa tratado na súa cidade na seguridade social pública. Pasaba longos períodos de depresión encamado sen poder traballar e períodos de manía nos que cuadruplicaba a súa actividade laboral. Despois duns anos consegue unha pensión de invalidez absoluta. Dende entón ata a súa morte por unha complicación respiratoria viviu con cambios de humor pero sen grandes crises como antes.

FERNANDA. O marido de Fernanda ten un diagnóstico de Esquizofrenia dende hai 30 anos. Padece ademais unha sífilis que non sabe exactamente cando ou como contraeu. Hai uns anos detectárona nunhas análises. Ela foi o sustento do seu marido, carpinteiro cun taller con encargos nas boas tempadas, e o seu fillo co seu traballo de mestra. Agora vive xubilada, o seu esposo é recollido polas mañás durante a semana para pasar nun hospital de día da cidade costeira onde viviron sempre. Nas vacacións do Hospital adoitan apuntarse a algunha viaxe financiada para a terceira idade con minusvalideces.

FRANCISCO é profesor, corenta e dous anos, fillo dun maniaco depresivo. Ningún outro familiar directo con EMG. Casado cun fillo. Múltiples crises durante a adolescencia do pai ata atopar un diagnóstico con Vallejo Nágera en Madrid. Durante períodos de manía o pai embarcábase en grandes negocios, moitos deles produtivos economicamente. Nos períodos de depresión, de ata seis meses de duración, encerrábase no dormitorio sen facer nada. Tras unha longa cadea de ingresos o litio estabiliza as súas crises, consegue Invalidez absoluta, xubilase e vive vinte anos con crises menores.

Familiares de enfermos de Pérgola.

FIONA ten 70 anos. Vive, naceu e criou os seus fillos na mesma vila costeira onde denuncia a falta de recursos para paliar os problemas do contrabando de drogas (unha das vilas con máis tradición e casos de contrabando de estupefacientes de Galicia). O seu marido está enfermo das pernas, e, di, é “un cero á esquerda”: quen tivo que tomar tódalas decisións e levar os pantalóns é ela. O seu fillo e usuario de Pérgola estudou unha carreira Universitaria, non así os seus outros fillos, porque el era moi listo. Estivo internado durante anos, e algo lle debeu pasar no internado relixioso no que con esforzos o tiveron. O seu marido estivo sempre embarcado ata que hai uns 20 anos dixo que non seguía e ela tivo que comezar a vender as terras da herdanza para sacar a familia adiante. Tras a carreira parece que o seu fillo comezou unha carreira típica de toxicómano, con roubos na casa, desaparicións durante longas tempadas, e intentos de abandonar a droga esporádicos. Tras uns anos de sufrimento, o seu fillo foise a vivir e traballar ao norte de Europa onde casou e tivo unha filla. Viñeron uns anos de relativa tranquilidade ata que tivo que traérlleso dende un manicomio en Thailandia para volver vivir na casa. Ao non poder convivir xuntos, e comezar entón a funcionar a asociación Pérgola Fiona relátame como o seu fillo pasou a vivir nun dos pisos tutelados da asociación, visitando a súa nai de cando en vez. O seu fillo ten un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide con varios ingresos nos últimos dez anos de bastante estabilidade a pesar de varios intentos de suicidio (en xeral, di ela, asociados a decepcións coa súa neta, que caluga vén a velos).

FULGENCIA é a nai de Eladia, da que falásemos nun momento. Ten preto de 80 anos e coida da súa filla, do seu marido case cego e das poucas terras e animais que rodean a casa do lugar rural onde viven dende sempre. Desprázase Fulgencia ás reunións de Pérgola en autobús ata a vila onde está a sede da asociación. O horario do transporte público, que debe de coller na estrada principal tras andar un anaco, é un horario estrito (dous pola mañá e dous pola tarde). Fulgencia sempre vén acompañada dunha veciña e outra nai da mesma zona de onde son. Na reunión onde a coñezo, vén moi nerviosa porque pola mañá Eladia acudiu ao seu psiquiatra, quen detecto un aumento dos delirios e programou un ingreso inmediato dunha semana como mínimo para “estabilizala”. Fulgencia falou por teléfono pola mañá ata conseguir que o ingreso non seguise adiante ante o seu compromiso de vixiala con máis coidado e tratar de “poñela” menos nerviosa. Ultimamente non se atopa moi ben pois sufriu unha caída hai uns meses e Eladia tivo que cambiar algo os seus hábitos diarios ao ter que facerse cargo dalgunhas tarefas domésticas máis.

Frida ten 55 anos, ten un fillo toxicómano actualmente facendo unha vida “normal” e outro fillo, usuario esporádico usuario de Pérgola. Frida non pode entender como o seu fillo cambiou tanto, como puido perder todo o que tiña: “era ordenado, tiña o seu cuarto perfecto e ademais encantáballes saír cos seus amigos e tocar na banda”. O seu fillo comezou a dicir que os veciños o vixiaban e que non podía vivir así. Unha noite colleu un coitelo e a súa nai atopouno en calzóns na rúa do pobo onde viven. Menos mal, dime, que non o viu ningunha veciña, aínda que elas xa saben o que hai, afirma. O fillo de Frida ten un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide dende hai 5 anos, complicado co consumo de hachix. Cada vez que a medicación da EM parece estabilizar o seu fillo, comeza de novo a ser el, sae outra vez, vai tocar coa banda e ao cabo duns días ten outra vez ese comportamento raro no que non o recoñezo. Frida débatese entre botalo de casa e facer todo o necesario para telo encerrado e que non o vexan os veciños. Nunha ocasión o seu fillo atopou un piso no mesmo pobo onde se quería independendizar coa pensión non contributiva que percibe, pero ela fixo todo o posible para que non o fixese, non porque non o quixera ver fose de casa, senón porque era alí no mesmo pobo, e ela sabía o que ía pasar: estaría tirado na rúa e as súas veciñas acabarían dándolle un prato de comida, e iso non podía ser. Se se vai, que se vaia lonxe, que eu non o vexa. Frida estivo ao longo dos últimos cinco anos nun piso de acollida do que foi expulsado por non seguir co tratamento antes dun ingreso. Tamén participou en varias ocasións no hospital de día da asociación, pero ante o consumo de hachix previo a outro ingreso deixou de vir tódolos días. As traballadoras de Pérgola insisten en que non poden axudala ata que non estea “controlada” a enfermidade da droga, que asegura a súa nai que el lle di non consume; tras “curar e estabilizar” unha poderá facer algo coa outra.

De **Francisca** (nai de Elias), **Florinda** (nai de Pablo), **Flora** (nai de Epi) e **Fina** (nai de Eladio) conseguí datos a través de conversacións doutros usuarios, fichas da asociación e cambios de impresións nalgunha visita ao centro.

Grupo discusión Coruña de familiares en unidade hospitalaria: 7 familiares.

Un grupo de discusión de familiares de EMG nunha Unidade de Saúde Mental en A Coruña⁸⁸⁶.. Os familiares acoden ao grupo de discusión de forma voluntaria. Cada grupo dialoga guiado por un moderador (Juan Luis Pintos) durante unhas dúas horas sobre a cronicidade na saúde mental. As conversacións son gravadas, transcribidas e analizadas. Neste grupo sete familiares de enfermos cunha diagnóstico estable nos últimos anos dunha EMG cítase este grupo coa seguinte clave: **GDF 1-7**.

Familiares: datos secundarios

Riley⁸⁸⁷ é unha novela na que unha nena conta a súa historia cunha nai con problemas psiquiátricos. Ofrece a perspectiva dunha adolescente que sofre malos tratos nun contexto familiar complicado.

Berger⁸⁸⁸ preséntanos a historia dunha nai e unha irmá (psicóloga clínica) e a súa vida cun fillo e irmán bipolar (Mark) nos EEUU nos 80 e 90.

Clea Simon⁸⁸⁹: autobiografía de Clea, primeiro nos conta a evolución da súa relación coa esquizofrenia do seu irmán ata que este se suicida. Despois continúa o libro coa historia da súa relación coa súa outra irmá, tamén cun diagnóstico de esquizofrenia.

David Karp⁸⁹⁰, sociólogo, ten dous estudos sobre EM dende unha perspectiva interaccionista. O primeiro⁸⁹¹ describe a perspectiva do enfermo cun diagnóstico de depresión. Karp mesmo confesa

886 Pintos-Rei-Marticorena 2004, colgado en <http://www.usc.es/cpoliticas/mod/book/view.php?id=780>

887 Riley 1984.

888 Berger 1992.

889 Simon 1997.

890 Karp 1996, 2001.

padecer esta enfermidade. No segundo⁸⁹² analiza a experiencia e o proceso no que os familiares de enfermos con depresión persistente viven a EM. Usa entrevistas con familiares e asistencia a grupo de axuda. En ambos os dous céntrase na carreira biográfica que ha de seguir a familia e o enfermo para enfrontarse a unha enfermidade mental grave. Co segundo libro quere dar testemuño da dureza da vida destes familiares e deste modo axudar a facer máis visible a súa vivencia. Ao mesmo tempo contribuír a sacalos do seu anonimato e ofrecer unha reflexión.

Jay Neugeboren⁸⁹³ ten un irmán con esquizofrenia en Nova York, nos seus dous libros preséntanos primeiro a historia do seu irmán que reside nunha casa para enfermos mentais, auto xestionada. E no segundo ofrécenos as historias doutros enfermos mentais en situacións similares ás do seu irmán.

Lyden⁸⁹⁴ ofrécenos a narración de tres irmás criadas por unha nai con manía crónica nos EEUU dende a década dos 60 ata os 90.

Wally Lamb⁸⁹⁵ ten un irmán esquizofrénico e nárranos a situación do seu irmán e dos sen teito con enfermidade mental nos EEUU nos anos 80 e 90.

Nathaniel Lachenmeyer⁸⁹⁶ é a biografía da esquizofrenia do pai do autor, dende a súa nenez ata a súa morte nas rúas onde vivía sen teito.

Clara Sons⁸⁹⁷ non presenta en forma de poemas a historia da súa irmá nos anos noventa en California cunha enfermidade bipolar.

As irmás xemelgas **Spiro**⁸⁹⁸, Catherin e Pamela, preséntannos unha autobiografía a dúo onde unha delas sofre unha esquizofrenia.

Early⁸⁹⁹ é un xornalista norteamericano e cóntanos a súa investigación do sistema de saúde nos EEUU a raíz da enfermidade bipolar do seu fillo. Céntrase sobre todo na xudicialización e encarceramento dos enfermos mentais tras o peche e a desinstitucionalización.

Michael Greenberg⁹⁰⁰ narra a súa experiencia cunha filla adolescente cun diagnóstico de Bipolar na cidade de Nueva Yorque.

Familiares. Cadro resumo bibliografía secundaria.

Neste cadro como nos que seguen só se inclúen as referencias bibliográficas máis importantes. Para unha bibliografía completa consúltase a incluída ao final.

Referencia bibliográfica	País:	Relación familiar	Diagnóstico	Marco temporal	Notas comentarios
López 2003	España	Esposa	Bipolar	90	
Sons 2002 (1999)	EEUU. California	Irmá	Bipolar	Anos 90	Poesía
Riley 1980	EEUU		Crise nerviosa		Literatura, malos tratos, adolescencia
Simon 1997	EEUU Nova York	Irmán, irmá	Esquizofrenia	Anos 70 e 89	Suicidio irmá, entrevistas outros parentes
Lachenmeyer 2000	EEUU	Padre	Esquizofrenia	1943-1995	Sen teito, problemas legais
Spiro 2005	EEUU	Irmás	Esquizofrenia	60-2000	
Early 2006	EEUU	Fillo	Bipolar	90-2006	Xornalista, cárceres, sistema médico seguros
Lamb 1998	EEUU	Irmán	Esquizofrenia	Anos 90	Literario
Lyden 1998	EEUU	Fillas Nai	Bipolar	70-90	Nai coraxe
Berger 1992; Berger-Vukovick 1994	EEUU	Nai Irmá	Bipolar	80-90	Visión psiquiatra
Neugeboren 1997, 1999	EEUU	Irmán	Esquizofrenia	80-90	Xornalista
Karp 2001	EEUU. Costa Oeste (Boston, Filadelfia).	Todo tipo			Antropológo
Michael Greenberg (2008)	EEUU, Nova York	Filla	Bipolar	90-2000	Xornalista, guinista

Táboa5 Bibliografía secundaria familiares

⁸⁹¹ Karp 1996.

⁸⁹² Karp 2001.

⁸⁹³ Neugeboren 1997, 1999.

⁸⁹⁴ Lyden 1998.

⁸⁹⁵ Lamb 1998.

⁸⁹⁶ Lachenmeyer 2000

⁸⁹⁷ Sons 2002.

⁸⁹⁸ Spiro 2004.

⁸⁹⁹ Early 2006.

⁹⁰⁰ Greenberg 2008.

Perfís biográficos de xestores

Perfís biográficos de psiquiatras españois e galegos citados⁹⁰¹.

ALONSO-FERNÁNDEZ, FRANCISCO⁹⁰² (Oviedo, 1924 -) Trala guerra civil, cun pai “vermello” estuda en Madrid en “plena rivalidade” entre Ibor e Vallejo. En 1949 obtén unha praza para dirixir un *Dispensario de Hixiene Mental e Toxicomanías* do *Instituto Provincial de Sanidade de A Coruña*. En 1953 crea un sanatorio psiquiátrico privado. Traballa sobre todo con alcoholismo sobre o que publica bastante despois. En 1963 ábrese en Coruña un Centro Piloto de Psiquiatría infantil e en 1965 Alonso gaña a praza de Director do Instituto de Psicoloxía aplicada pois tamén cursou a carreira de Psicoloxía en Madrid. Tras estes anos en Galicia obtén a Cátedra de Psiquiatría en Sevilla o mesmo ano que Obiols a de Santiago, en 1969. En 1977 consegue a *Cátedra de Psiquiatría e Psicoloxía Médica* en Madrid.

ARENAL, CONCEPCIÓN⁹⁰³ (Ferrol 1820 - Vigo 1893) Filla dun militar liberal quedou orfa con oito anos ao morrer o seu pai en prisión. A súa nai educaa no catolicismo desprazándose con ela a Cantabria. Á morte da súa nai vaise vivir a Madrid onde asiste como oínte ás clases da Facultade de Dereito. Remata a carreira “vestida de home”, participando tamén así en distintos faladoiros. Casa en 1848. En 1857 o seu marido avogado morre de tuberculose, vende parte das súas terras en Cantabria para subsistir e trasládase de novo a alí. Funda un grupo feminino de axuda aos pobres e en 1961 obtén o primeiro premio a unha muller da *Academia de Ciencias Morais e Políticas* polo seu traballo *A beneficencia, a filantropía e a caridade*. Dende 1863 ata o 65 será a primeira muller *Visitadora de Cárceres de Mulleres*, cargo que ostentou ata 1865 en Galicia. Concepción Arenal residía de novo en A Coruña primeiro e posteriormente en Vigo. En 1868 é *Inspector de Casas de Corrección de Mulleres*, e tres anos despois, en 1871, colabora na revista madrileña *La Voz de la Caridad* (durante os seguintes anos escribe nela describindo as miserias do século XIX español). En 1872 funda a *Construtora Benéfica* unha sociedade para a “construción de casas baratas” para obreiros; organiza en España la *Cruz Vermella do Socorro* colaborando nas guerras carlista nun hospital de campaña para os feridos de guerra en Miranda de Ebro. En 1877 publica *Estudios Penitenciarios*. Morre en Vigo en 1893.

BACARIZA VARELA, FRANCISCO (-1933)⁹⁰⁴: Estuda a Carreira en Santiago, posteriormente Catedrático de Fisioloxía (durante 8 anos). Neurólogo e psiquiatra santiagués, falecido en Decembro de 1933 en accidente de coche con reitor Rodríguez Cadarso. Gañou por oposición *Auxiliaría de Medicina Legal de Santiago*. Foi *Médico de número* en Conxo. Director de Conxo ao falecer Barcia Cabaleiro. Abandona este cargo uns anos máis tarde para dedicarse á clientela privada no seu Sanatorio. Este mesmo Sanatorio o comprará Lois uns anos máis tarde tras o falecemento de Bacariza, tras deixar Lois Conxo. Bacariza publica en 1932 *O problema manicomial de Conxo*. Un breve compendio repaso de carencias e necesidades do manicomio.

BARCIA CABALEIRO, JUAN (1852-1926)⁹⁰⁵. Estuda Medicina en Santiago onde era médico o seu pai, profesor tamén no *Hospital Real*. Foi médico titular do *Seminario Diocesano*, dos conventos de clausura e do Arcebispado. Dirixiu o *Hospital de San Roque* para sifilíticos, e o *Manicomio de Conxo* para suceder a Sánchez Freire. Entrara a traballar en Conxo pouco despois xa da súa apertura. En 1897 é *Catedrático de Anatomía*. Foi de ideoloxía católico-conservadora. Con Alfredo Brañas entre outros participou no grupo Rexionalista compostelano. Foi Presidente da *Xuventude Católica*, do *Ateneo León XIII*. Como Bibliotecario-Arquiveiro da *Sociedade Económica de Amigos do País* de Santiago colabora activamente entre 1882-1884. Barcia foi concelleiro en Santiago. Pertenceu á *Real Academia Galega*. Traballou como xornalista, tradutor, novelista e poeta. Con colaboracións distintos medios de comunicación. Como médico publicou o campo da Morfoloxía e a Psiquiatría. Os libros máis importantes de ampla difusión na época son: *Anatomía Práctica* (1883), *Programa de Anatomía Práctica* (1896), *Anatomía Práctica* (1898) e *De Re Phrenopática* (1915) dedicado a temas de psiquiatría con orientación organicista.

⁹⁰¹ Preséntase unha lista ordenada alfabeticamente de personaxes citados ao longo da tese. Salvo Arenal todos son psiquiatras. Todos contribuíron directa ou indirectamente á complexidade da EMG en Galicia. A non ser que se indique bibliografía específica utilizouse para a elaboración desta lista varias enciclopedias (wikipedia, larouse), as entrevistas realizadas e a bibliografía sobre a Historia da psiquiatría española que se pode consultar no apartado correspondente ao final desta tese.

⁹⁰² Alonso Fernández 2002. *Anthropos* dedicou un número (195) de homenaxe a este psiquiatra.

⁹⁰³ Datos de López Souto 2004.

⁹⁰⁴ Datos da Asociación Galega de psiquiatría: www.psiquiatriagallega.org.

⁹⁰⁵ Datos da Asociación Galega de psiquiatría: www.psiquiatriagallega.org.

BICADA VARELA, LUIS (Santiago 1927-). Estuda en Santiago para formarse en Vigo primeiro con Villamil, logo en Madrid con Ibor e finalmente en Lisboa co Premio Nobel polas lobotomías. Instálase finalmente en Santiago onde traballa como psiquiatra en Conxo polas mañás, e na súa consulta privada polas tardes. Bicada foi director médico de Conxo durante a década dos 70.

CABALEIRO GOÁS, MANUEL (A Coruña, 1918 - Ourense, 1977). Estudou Medicina en Santiago (1934-1942). Xa na carreira entra en contacto coa psiquiatría: en 1941 xa é Alumno Interno no Departamento de Medicina Legal con López-Villamil. Desprázase a Madrid a estudar con para regresar a Galicia á clínica privada de Villamil en Vigo. En 1943 abre consulta privada en Ourense e dirixe un sanatorio privado (*Sanatorio Psiquiátrico do Perpetuo Socorro*). En Ourense vivirá o resto da súa vida. Mantivo o vínculo coa Universidade de Santiago, aínda que fracasou no seu intento de acceder á Cátedra de Psiquiatría de Santiago, malia o apoio do seu mestre Villamil. Entre 1943 e 1959 Cabaleiro desempeña diferentes postos na Asistencia Psiquiátrica ambulatoria pública de Ourense: *Neuropsiquiatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad*, *Xefe da Sección de Psiquiatría e Hixiene Mental do Instituto Provincial de Sanidade*. En 1959 pasa a ser *Director Médico do Hospital de Toén* (dende a súa inauguración en 1959 ata 1977). Toén foi a primeira intervención na asistencia psiquiátrica hospitalaria pública en Galicia, planificada dende a competencia do Estado central franquista a través de PANAP⁹⁰⁶. M.Cabaleiro Goás publica un grande número de obras de revisión e compilación baseadas sempre na súa práctica clínica (pública e privada)⁹⁰⁷

CASTILLA DEL PINO, CARLOS (Cádiz 1922-). Estuda en Madrid durante a postguerra. Traballa na *Cátedra de Patoloxía médica* primeiro e logo interno do *Departamento de Psiquiatría do Hospital provincial* dirixido por López Ibor ata o 49. Colaboraba tamén co departamento de Histoloxía do sistema Nervioso do *Instituto Cajal de Madrid*, que dirixía o profesor Sanz Ibáñez. Tras ler a súa tese doutoral no 47 dirixe o dende 1949 o *Dispensario de Psiquiatría* en Córdoba. Castilla foi *Xefe dos Servizos Provinciais de Psiquiatría e Hixiene Mental de Córdoba* ata a súa xubilación en 1987. Na Universidade de Córdoba chegará a ser tamén Catedrático tras o final do Franquismo.

FERRER I BALSEBRE, LUIS (Madrid 1957 -). Estuda en Madrid para virse a facer o MIR de Psiquiatría en Toén. Aproba oposicións para psiquiatría en cárceres alternando o seu traballo en Toén co seu traballo no cárcere de Monterroso. Ao mesmo tempo fórmase en psicodrama en Madrid. Realiza unha tese en antropoloxía médica sobre un pobo no interior de Ourense⁹⁰⁸. Gañou primeiro unha praza en A Coruña para despois obter unha disputada *Xefatura de Servizo de Psiquiatría* da mesma cidade no *Complejo Hospitalario Juan Canalejo*. En 2008 tras un concurso público obtén a praza de coordinador de psiquiatría da área de Compostela no *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago*. Ten a súa consulta privada en Cambre. Ferrer é membro de varias asociacións de psiquiatría autonómicas, nacionais e internacionais, participando activamente na organización de congresos e encontros sobre temática psiquiátrica. Publica habitualmente en varios xornais (Ourense, Coruña). Gañou varios premios literarios. Recentemente faise cargo da xestión da área de psiquiatría do CHUS e da área de Santiago.

GINÉ I PARTAGÁS JOAN (Barcelona, 1836-1903). Licenciase en Barcelona en 1858, e en 1862 obtivo o doutorado en Madrid. Traballa como médico rural e en 1863 obtén unha praza de profesor axudante en Barcelona. En 1866 trasládase a Santiago de Compostela onde foi catedrático durante un curso. En Barcelona de novo ocupou a *Cátedra de hixiene* en 1868 e dende 1871 a de Clínica cirúrxica. Dende 1892 ata o momento da súa morte exerceu o cargo de reitor da Universidade de Barcelona. Giné i Partagás dirixiu o Manicomio Nova Betlem de Barcelona dende 1864. Introduciu da psiquiatría organicista e foi un grande difusor da importancia da psiquiatría).

GONZÁLEZ DURO, ENRIQUE (Jaén 1939-) Psiquiatra, profesor universitario e escritor prolífico traballou durante máis de 30 anos na asistencia pública. Nos anos setenta formou parte dos movementos de renovación psiquiátrica fundando en 1973 un *Hospital de día*. En 1981 Duro comezou a xestión da reforma psiquiátrica na provincia de Jaén. Traballo habitualmente en Madrid no *Hospital Gregorio Marañón*.

GONZALEZ FERNÁNDEZ, EMILIO (1943-). Estuda en Santiago para comezar a traballar primeiro en Conxo de onde é despedido no conflito dos anos setenta. Emilio González funda e dirixe o Centro Psicosocial de Ferrol nos anos 1975-1978 cunha orientación de Psiquiatría Comunitaria. De 1970 a 1978 exerceu de Médico Rural (titular interino) en Cotobade e en Rodeiro (Pontevedra). Vuelve despois a Santiago onde exerce en distintos postos a psiquiatría pública (*Ambulatorio Concepción*

⁹⁰⁶ Padroado Nacional de Asistencia Psiquiátrica: Intitución da época franquista creada en 1955.

⁹⁰⁷ Véxanse as súas obras na bibliografía, algunhas delas recentemente republicadas pola Xunta e a AGSM.

⁹⁰⁸ Ferrer 1993.

Arenal, Unidade Saúde Mental II, Profesor Asociado á Cátedra de Psiquiatría, Psiquiatra do *Hospital Clínico Universitario*) ao mesmo tempo que mantén unha nutrida consulta privada no centro da cidade. Publicou diversos libros en solitario (sobre a reforma e conflito de Conxo nos anos⁹⁰⁹), e en colaboración co antropólogo Marcial Gondar Portosany⁹¹⁰. Defende unha psiquiatría galega e en galego como saída política ante a situación actual. Ambos os dous realizan unha investigación en antropoloxía aplicada sobre a “tolemia” nun concello rural: Santa Camba. É membro da Sección de Etnomedicina do Museo do Pobo Galego.

GOYANES CEDRÓN, VICENTE⁹¹¹ (Ourense 1865- Santiago 1954) Goyanes foi médico de Conxo dende a súa apertura. Alcalde de Santiago 1922-3. Estuda Medicina en Santiago, logo en París, Berlín, Bruxelas e con Pío do Río Hortega. Publica en 1898 “Anatomía Práctica” (xunto con Barcia Cabaleiro, e con Prólogo de Sánchez Freire). En 1926 é nomeado *Catedrático de Histoloxía e Anatomía Patolóxica en Santiago*, xubilándose como Catedrático en 1935. Traballou en Conxo durante 24 anos. Foi Vicedirector e Director posteriormente. Cuñado de Barcia Elicegui e tío de Barcia Goyanes. En 1930 publica un “Manual do Enfermeiro nos Manicomios”, dedicado ao Dr. Sánchez Freire (primeiro director do Manicomio de Conxo). Despois de deixar a Universidade e Conxo, continuará ligado á asistencia aos leprosos no Hospital de San Lázaro ata despois da Guerra Civil.

JIMENO VALDÉS, AGUSTÍN⁹¹². (Valladolid 1935-) De pai psiquiatra estuda medicina en Valladolid licenciándose en 1959. Tras pasar polo Madrid de López Ibor traballa en atención psiquiátrica en Santander para traballar a continuación sete anos en Múnic no Instituto Max Planck e noutros centros especializados en psiquiatría. En 1967 obtén a especialidade en psiquiatría, permanecendo un ano máis alí para volver como psiquiatra a Pamplona primeiro (1968-1972) e Santiago en Conxo despois (1972-1978). En Conxo Jimeno vive o conflito dos anos setenta, cun intento de Reforma e o seu Contrarreforma, como *Xefe do Servizo de Psiquiatría* co apoio de Montoya. Trasládase en 1978 ao *Hospital Clínico Universitario de Valladolid* onde foi profesor asociado da Facultade de Medicina dende entón ata a súa xubilación.

LAÍN ENTRALGO, PEDRO (Teruel 1908 - Madrid 2001). Estudou na Universidade de Valencia. Realizou estudos da súa especialidade en Zaragoza, Valencia e Madrid, orientándose cara á psiquiatría. Militante falanxista, ao termo da Guerra Civil fundou con D. Ridruejo a revista *Escorial*. Tras publicar o seu primeiro volume de ensaios, *Medicina e historia* (1941), accede á *Cátedra de Historia da Medicina* na Universidade de Madrid, da que tamén foi reitor. Asiduo conferenciante e colaborador en diarios e revistas ocupouse tamén da “análise histórica da cultura española” cun afán de reconciliación tras a súa “renuncia” ao ideario falanxista. Laín Entralgo foi director a *Real Academia Española*, e membro da *Real Academia Nacional de Medicina* e da *Real Academia da Historia*. Publicou libros de temática diversa recibindo tamén innumerables premios.

LADO ROMEIRO, J.M. (Carballo 1941- Santiago 2004) Estuda na Facultade de Santiago realizando residencias en Vigo, Oviedo e en Francia. Comezou a traballar en 1966 en Conxo onde paso sucesivamente de xefe clínico, a xefe de servizo e finalmente a director médico 1978. Será director médico de Conxo ata 1993. Viviu os anos da chamada “desintitucionalización” do Manicomio, a aparición do SERGAS, os dispensarios de Saúde Mental e as primeiras unidades de Saúde Mental. Lado foi profesor axudante e adxunto da *Cátedra de Psiquiatría* da Universidade de Santiago de Compostela ademais vicepresidente do Colexio de Médicos da provincia de A Coruña, ocupando diversos cargos na administración médica en Santiago ata 2002.

LOIS ASOREY, BALDOMERO (Santiago 1900-1977)⁹¹³: Remata Medicina en Santiago de Compostela en 1923. En 1924 aproba as oposicións da *Beneficencia Municipal* de Madrid. Gaña un concurso a praza de médico titular do Sanatorio de Conxo. Lois é cesado e expulsado de Conxo (por suposto abandono do servizo) no verán de 1933. Lois agradece en 1933 todo o apoio (CNT, UGT, Colexios, etc.) aos anteriormente citados nun librillo titulado *O Manicomio de Conjo. Ante unha arbitrariedade* co subtítulo de *Documento dirixido por B. Lois Asorey, médico do Manicomio de Conjo, á Asociación Española de Neuropsiquiatras*⁹¹⁴. Lera a súa tese en 1931: *A Creatinina en Psiquiatría*. Bacariza morre en 1933 e Lois faise cargo do seu Sanatorio. Pasase a chamarse *Sanatorio Neuropático*

⁹⁰⁹ González 1977.

⁹¹⁰ Véxase bibliografía.

⁹¹¹ Datos extraídos da páxina da Asociación Galega de psiquiatría: www.psiquiatriagallega.org.

⁹¹² Jimeno Valdés 2006.

⁹¹³ Datos extraídos da páxina da Asociación Galega de psiquiatría: www.psiquiatriagallega.org; Mediavilla 1990; Corcés 1997; Simón-González 1997, 2002.

⁹¹⁴ Lois 1933.

Dr Lois Asorey. Nel ofrece unha asistencia psiquiátrica privada alternativa a Conxo⁹¹⁵. Entre os anos 50-60 Lois exerce como inspector da Deputación de A Coruña. Contrátano para avaliar os pacientes de Conxo a cargo da Beneficencia Provincial para valorar se prolongan as estancias innecesariamente. En 1957 presenta o seu libro *A Histamina no tratamento das enfermidades mentais* tras anos de investigación no *Congreso Mundial de Psiquiatría* de Zúrich.

LÓPEZ IBOR, J.J. (Valencia 1908 - Madrid 1991) Fillo dun mestre de escola estuda Medicina becado en Valencia pero doutórase en Madrid. Ibor é catedrático de *Medicina legal* en Santiago en 1932 con vinte e catro anos. De alí trasládase a Valencia coa mesma cátedra. Estuda psiquiatría no estranxeiro cun predominio da escola alemá e unha clara oposición á psicanálise: Zúrich, Berlín, Múnic, París e Tubinga. En 1940 é *Profesor de Psiquiatría* no *Instituto de Medicina Ramón e Cajal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas*. En 1943 Xefe do *Departamento de Neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid*. Aquí fórmanse a maior parte dos psiquiatras da época. En 1950 ingresa na *Real Academia de Medicina*. Asume a Cátedra de Psicoloxía médica creada para el. Funda a *Sociedade de Medicina Psicosomática e Psicoterapia*, e máis tarde, co profesor Vallejo-Nájera, a *Sociedade Española de Psiquiatría*. Asiste e participa en congresos e reunións de psiquiatría en todo o mundo: Parides (1949) ao primeiro mundial de Psiquiatría (Parides 1950) e os seguintes, Lisboa (1953), Bruxelas (1957), Zúrich (1957), Montreal (1961). O *IV Congreso mundial de Psiquiatría* celébrase en Madrid en 1966. Ata 1972 foi Presidente desta Asociación. Asumiu a primeira *Cátedra de Psiquiatría* da *Universidade de Salamanca*, para despois tomar posesión desta en Madrid (1960). Permanecendo nela ata a súa xubilación. Decano da *Beneficencia Provincial*. Fundador e Presidente do primeiro *Congreso da Asociación Católica Internacional de Psicoloxía Médica e Psicoterapia*. Fundador e director da Revista «Actas Luso-Españolas de Neuroloxía e Psiquiatría» que dende 1943 se e da «Biblioteca de Psicoloxía e Psicoterapia». Autor de moitos libros e infinidade de artigos Su fillo, Juan José López Ibor Aliño, foi catedrático de Psiquiatría da Universidade Complutense dende 1992 e membro da Academia de Medicina dende 1993.

MARTÍN-SANTOS RIBEIRA, LUIS (Marrocos 1924 - Vitoria 1964), escritor e psiquiatra español, autor de *Tempo de silencio*, considerada unha das mellores novelas españolas do século XX. Fillo de militar nace en Marrocos e volve co seu familiar a Donostia en 1929. En 1949 licenciábase en Medicina en Salamanca. Entre 1946 e 1949 doutórase en Madrid cun tese con Laín Entralgo ao tempo que colabora no *Consello Superior de Investigacións Científicas*. En 1950 estuda en Alemaña e en 1951 é nomeado director de sanatorio psiquiátrico de San Sebastián e en 1953 casa con Orballo Laffón, coa que tería tres fillos (Luis, Juan Pablo e Orballo) e que morrerá en 1964. Entre finais dos 50 e principios dos 60 é detido varias veces por facer propaganda do clandestino PSOE. En 1962 Martín-Santos publica *Tempos de Silencio* con partes censuradas. , no que chegaría a ser membro da Comisión Executiva, onde trabaría amizade co dirixente Enrique Múgica Herzog. Así mesmo formaría parte durante os seus últimos anos de vida da Academia Errante

MONTOYA RICO, JOSÉ LUIS (1932-2005)⁹¹⁶. Especializouse nos EEUU, volvendo no ano 1964 a Oviedo para ocuparse da Reforma Psiquiátrica dirixida dende a Deputación. En 1972 abandona o seu cargo en Asturias debido a “problemas” coa xestión sanitaria da provincia e incorpórase ao Manicomio de Conxo onde vivirá outra Reforma abortada en 1975 debida de novo a un cambio político na Deputación. Nos anos 80 o PSOE encargoulle a Montoya un informe sobre a Reforma que marcará o camiño da Saúde Mental en España.

RODRÍGUEZ LAFORA, GONZALO. Discípulo de Cajal formouse en Alemaña e EEUU. Tras a guerra Civil emigrou a México de onde regresou pronto. Lafora Fundou en Madrid o *Instituto Médico Pedagógico* promovendo a hixiene e a saúde mental entre as clases obreiras e a infancia. O seu interese pola psicanálise e a psicoterapia non casaron coa liña psiquiátrica oficial defendida por Ibor e Vallejo durante o Franquismo.

OBIOLS I VIÉ, JOAN (1919 -1980) Obiols estuda medicina (1943) e doutórase en psiquiatría na Universidade Autónoma de Barcelona, sendo profesor na súa facultade. En 1970 consegue a cátedra de psiquiatría da Universidade de Santiago de Compostela e en 1972 á de Barcelona (Decano ata 1979). Foi presidente da Federación Mundial de Psiquiatría Biolóxica e da Asociación Soci-droga-alcohol.

⁹¹⁵ Un artigo do ano 1935 de *El Pueblo Gallego* con fotos dá conta das intencións iniciais. O establecemento continuo aberto ata 1989 por o seu fillos tamén psiquiatras (os terreos preto da catedral albergan dende entón un hotel).

⁹¹⁶ Aparicio 2005.

PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL,⁹¹⁷ **JOSÉ**: (Figueres-Asturias 1904 - Vigo, 1996). Licenciado en Medicina en 1926. Entra en Conxo por concurso de Meritos en 1927. Está en Conxo ata 1932. Membro da AEN dende 1927, axudará a Sanchís Banús a fundar a Asociación de Neuropsiquiatras Madrileños en 1932. Milita no Partido Socialista. Rompe o seu militancia antes do inicio da Guerra Civil. En 1931 presenta a súa Tese Doutoral: *Tratamento Piretoterapia non malárica das esquizofrenias*⁹¹⁸. Estuda en Europa en 1929 entrando en contacto con distintos psiquiatras e manicomios: Constanz en Alemaña (contactos en Krenzlingen con Binswanger.); París (Claude, Clerambault, Guiraud...), Zúrich (Henrio Ey e Delay). Crítico dende entón coa asistencia psiquiátrica en España. Colabora en *El Pueblo Gallego* con frecuentes artigos sobre o “problema manicomial” de Galicia. Criticado pola Mitra compostelana e o Padroado do Manicomio de Conxo deixa Conxo pouco en 1932 tras serlle denegado colaborar outros establecementos. Marcha a Madrid. A Guerra Civil sorpréndelle a Villamil en Lisboa. Cruza a Salamanca para trasladarse a Galicia onde pasa a guerra (1937-1939). Serve no *Hospital Militar de San Caetano*. En marzo de 1939 abre unha Clínica psiquiátrica privada en Vigo no *Sanatorio San José* co Dr. José Rubira Fariña. Moitos profesionais formáronse neste *Sanatorio*: Cabaleiro Goás, Nicandro Pérez, Juan Brenlla Losada, José Ramón Martínez, Angel Usero Tíscar, Luis Sánchez Granjel, Bernardo García de la Villa, Antonio Rodríguez López (Catedrático en Santiago)⁹¹⁹. Discrepou co réxime franquista pero “non tivo” que exiliarse⁹²⁰. Volveu a Santiago como *Catedrático de Medicina Legal* da Universidade de Santiago en 1939, onde permanecerá ata a súa xubilación en 1971. Viña da Universidade de Salamanca, obtida por oposición 1934. Foi profesor encargado da materia de *Psiquiatría e Psicología Médica*. Intentou crear Cátedras de Psiquiatría na Universidade para independendizalas das de Medicina Legal. En 1967 créase a de Psiquiatría como Cátedra independente na Universidade de Santiago. En 1941 publica o seu *Manual de Psiquiatría*⁹²¹, usado por moitas xeracións de médicos da Universidade santiaguesa. Publica outras obras de menor repercusión nos anos posteriores. As Cátedras de Psiquiatría da posguerra dótanse en 1946. A primeira en Madrid para Vallejo Nágera, gañada contra López Ibor. A pugna entre ambos os dous psiquiatras marca a historia da psiquiatría galega durante o Franquismo, contribuindo aos “problemas” da Cátedra en Santiago. Ao xubilarse voluntariamente no curso 1971, Villamil pretenderá que a Cátedra de Psiquiatría de Santiago sexa para Cabaleiro. Ambos os dous cren contar con apoio de López Ibor, pero Cabaleiro nunca chegou a ser Catedrático⁹²².

PÉREZ VÁZQUEZ, NICANDRO (Lugo 1907 - Ourense 2000)⁹²³. Estuda Medicina en Santiago. Con Cabaleiro Goás milita nas xuventudes da Confederación Española de Dereitas Autónomas (CEDA) xusto antes a Guerra Civil. Ambos os dous ingresan nas filas do exército franquista durante a guerra. Cando Cabaleiro remata Medicina abre en 1943 a primeira Clínica Psiquiátrica de Ourense: o *Sanatorio Psiquiátrico do Perpetuo Socorro* que non pechará ata os primeiros anos 80. Practicou unha psiquiatría típica do franquismo, cun enfoque biologicista e fenomenolóxico-antropolóxico.

RODRÍGUEZ LÓPEZ, ANTONIO (Mondoñedo 1933 - Santiago 2003). Tras anos en Madrid iniciando sen rematar a carreira de Enxeñaría licenciase en Medicina en 1967 primeiro e doutórase en 1973 en Santiago. Traballa con Villamil e Cabaleiro. Pasou por Madrid con López Ibor, por Xenebra e por Lisboa. Traballa no Hospital Provincial primeiro colaborando na Cátedra con Obiols e Barcia. En 1974 é Xefe de Servizo e no 1978 profesor adxunto da Universidade. En 1983 traballa como agregado de psiquiatría en Córdoba, sendo Catedrático de psiquiatría ese mesmo ano. En 1985 volve a Santiago como xefe de servizo, logo como Catedrático. Ao seu cargo estaba un servizo dependente da Universidade, do INSALUD e finamente do SEGAS con camas no Hospital Clínico, logo no Gil Casares. Antonio Rodríguez publicou unha extensa bibliografía⁹²⁴ con especial énfase na epidemioloxía psiquiátrica en Galicia.

RODRÍGUEZ SOMOZA⁹²⁵, **RAMÓN** (Lorenzá-Lugo 1899 - Santiago 1994). Estuda a carreira de Medicina en Madrid con Achúcarro, Cajal, Río Hortega e Lafora. Con 24 anos é Doutor cunha Tese

⁹¹⁷ Datos de entrevistas (Melchor, Matías e Mauricio), ademais de Lorda 2005; González-Lorda 1992, 2002; AAVV 1993; Mediavilla 1990; Gurriaran 2006 e Valdes 2006.

⁹¹⁸ Villamil 1931.

⁹¹⁹ Tamén varios de nosos entrevistados: Melchor, Marín, Máximo e Manuel.

⁹²⁰ González-Lorda 2002.

⁹²¹ Véxase bibliografía de Villamil (1941 e ss.)

⁹²² Mediavilla 1990; Corcés 1997; Simón-González 1997, 2002.

⁹²³ Datos extraídos da páxina da Asociación Galega de psiquiatría: www.psiquiatriagallega.org; Mediavilla 1990; Corcés 1997; Simón-González 1997, 2002.

⁹²⁴ Véxase Bibliografía.

⁹²⁵ Simón-González 1997, 2002.

dirixida por Cajal: *A histopatología da parálise axitante cerebral*. Viaxa e estuda en 1926 becado pola *Xunta de Ampliación de Estudios*: Berlín (con Bumke, Foerster, discípulos de Kraepelin). Somoza regresa a España coa caída da Ditadura de Primo de Rivera traballando en Madrid na Clínica privada de Lafora. En 1931 entra en Conxo como Director en 1931. Milita no Partido galeguista nos anos da Ditadura e a II República. Foi Director Médico de Conxo ata pouco antes da democracia (1970)⁹²⁶. Mantivo un Hospital privado aos arredores da cidade de Santiago ata a súa xubilación.

SARRÓ BURBANO, RAMÓN (Barcelona 1900 - 1993) Tras estudar en Barcelona viaxa a Viena, onde se coñece a Freud. Psicoanalizouse no Instituto de Psicanálise de Viena pero non foi recoñecido oficialmente como psicanalista (interpretacións antropolóxicas das teses da psicanálise). Desenvolveu o que bautizou como “psicanálise fenomenolóxico” e introduciu en España o tratamento da psicose mediante electronarcosis. Defendeu o uso terapéutico do LSD. Sarró foi xefe do Instituto Mental da Santa Creu (Barcelona), do Instituto Frenopático de Sant Boi (Barcelona) e director do Instituto Pere Mata de Reus e do Dispensario Central de Hixiene Mental de Barcelona. Foi tamén catedrático de psiquiatría da Facultade de Medicina de Barcelona.

VALLEJO-NÁJERA, ANTONIO (Palencia 1889 - Madrid 1960) En 1909 licenciábase en Valladolid, para ingresar axiña na Sanidade Militar (condecoracións polas súas funcións médica en guerras e epidemias). En 1917 era Agregado da Embaixada Española en Berlín e participou na inspección dos campos de prisioneiros de guerra. En Alemaña Vallejo escoita varias conferencias (Kraepelin, Gruhe, Schwalde) que o levan a decidirse pola psiquiatría. De novo en España, fixa a súa residencia en Madrid e dirixe, dende 1930, a *Clínica Psiquiátrica de Ciempozuelos*. En 1931 é profesor na *Academia de Sanidade Militar*, centro onde se imparte o primeiro ensino da especialidade. Posteriormente foi médico (coronel) do exército franquista. Franco nomeoulle xefe dos Servizos Psiquiátricos Militares. En 1947 é nomeado profesor de Psiquiatría en Universidade de Madrid, posto que desempeña ata 195. Será despois o primeiro catedrático numerario de Psiquiatría en Madrid da Universidade española. En 1951 é elixido membro da Real Academia Nacional de Medicina. É o pai do tamén psiquiatra Juan Antonio Vallejo Nájera.

VALLEJO-NÁJERA, JUAN ANTONIO (Oviedo 1926 - Madrid 1990) Fillo de Antonio Vallejo-Nájera Lobón, coronel do exército franquista e Catedrático de Psiquiatría en Madrid. Juan Antonio estuda medicina en (1943-1949). En 1955 é xa membro da *Real Academia Nacional de Medicina*. En 1953 gaña a praza de Xefe de Sección de Psiquiatría e Hixiene Mental no Instituto Provincial de Sanidade como Director, e en 1956 a de Director do Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés (Madrid). No ano 1957 gaña por oposición as prazas de *Catedrático de Psiquiatría e Psicopatoloxía* da Facultade de Medicina Universidade Complutense e de director do *Instituto Nacional de Pedagogía Terapéutica e do Centro de Investigacións Psiquiátricas de Madrid*. En 1972 noméanlle Director do Centro de Investigacións Psiquiátricas e Docentes do PANAP, posteriormente Centro de Saúde Mental de Madrid. Xubilase en 1974 escribindo libros de “divulgación” psiquiátrica e novelas de bastante éxito na época. Morre por un cancro de páncreas en 1990

VALLEJO RUILOBA, XULLO (Barcelona 1945-). Licenciado en 1969 e Doutoramento en Medicina en 1979 coa especialidade en psiquiatría (1971) na Universidade de Barcelona. É *Profesor Titular de Psiquiatría da súa Facultade de Medicina* en 1980 e *Catedrático de Psiquiatría* en 1996. Foi médico adxunto de psiquiatría na Cidade Sanitaria Vall d'Hebrón de Barcelona (1972-1977) e da Cidade Sanitaria de Bellvitge de Barcelona (1977-1980), xefe clínico do Servizo de Psiquiatría no Hospital Clínico de Barcelona (1980-1989) e, dende 1989, é xefe do Servizo de Psiquiatría da Cidade Universitaria de Bellvitge de Barcelona. É Presidente da Sociedade Española de Psiquiatría dende 2004 e da Asociación Nacional ATOC (Asociación Trastornos Obsesivos-Compulsivos) dende 2001. Foi Presidente da Sociedade Catalá de Psiquiatría (1981-1982) e da Sociedade Española de Psiquiatría Biolóxica (1999-2003). Dirixe dende os anos oitenta un gabinete de psiquiatría privado en Barcelona.

VARELA DE MONTES, JOSÉ (1796-1868)⁹²⁷. Varela foi médico de Cabeceira en Santiago e *Catedrático de Medicina Legal* na Universidade, Fundador da “Sociedade de Amigos do País” de Santiago. Traballou para a creación dun Manicomio na súa cidade que non viu nacer.

⁹²⁶ Gago (1995) di nunha nota necrolóxica que pasou longos anos da ditadura “escondido” no Manicomio, sen apenas publicar nada. Simón-González 2002.

⁹²⁷ González - Simón 1992: 91-98.

Psiquiatras entrevistados.

Manuel é un psiquiatra e neurólogo xubilado, casado (setenta e un anos). Tras facer medicina en Santiago, e especializarse en Madrid con López Ibor e en Lisboa cos discípulos do premio Nobel polas lobotomías, volve á súa cidade natal, onde xunta a práctica privada coa pública. Fai práctica durante un tempo con Villamil en Vigo. Traballa entón tanto nun manicomio, onde chegaría a director nunha etapa de crise e transformación, coma nun ambulatorio como neuropsiquiatra cunha cota. Aínda que se xubila con sesenta e catro anos tras un ataque ao corazón, segue recibindo, dime, eses pacientes que se engancharon cun⁹²⁸. O seu ton é formal, distante. Contacté con el a través do seu número nunha lista de psiquiatras do Colexio Médico. Manuel sorprendeuse ante a miña petición, pero tras un rexeitamento inicial, aceptou falar comigo. As sucesivas entrevistas tiveron que suspenderse en varias ocasións por problemas de saúde da súa esposa.

Mercedes é psicólogo, casado, sen fillos, trinta e dous anos. Tras estudar en Santiago fórmase, ante a ausencia de saídas laborais, como psicóloga voluntaria nun Hospital Xeral, ao mesmo tempo que exerce a privada, especializándose en clínica infanto xuvenil. Tras catro anos de voluntariado no Hospital Mercedes inicia un curso de rehabilitación de crónicos, e ao mesmo tempo, unha asociación de familiares de enfermos mentais ponse en contacto con ela para poñer en marcha un Hospital de día nun pequeno pobo da costa. Dende hai tres anos traballa no Hospital de día, sen deixar de exercer a práctica privada. As miñas conversacións con ela son abertas, sempre ao final da xornada de traballo na Asociación Pérgola. A miña forma de contacto con María foi a través da asociación na que traballa, onde acudín en busca de posibles entrevistados.

Melchor: ten sesenta e un anos, psiquiatra xubilado, casado con tres fillos. Javier estudou medicina en dúas universidades españolas. A especialización en psiquiatría faina en Madrid con López Ibor e Vallejo Nájera, e nunha clínica privada en Galicia con Villamil. Antes de instalarse nunha das grandes cidades galegas como Inspector Médico e Psiquiatra da Casa do Mar exerce de médico nun barco, en Guinea e na Illas Canarias. Abre varias consultas privadas, ao mesmo tempo que participa como voluntario en diversas ONG's. Tras moitos anos como “burócrata” na pública⁹²⁹, xubírase por incapacidade ao lle ser diagnosticado Parkinson (padece ademais un Trastorno Bipolar ou psicose maníaco depresiva). A miña conversación con Melchor é aberta e enche de referencias persoais e familiares pois nos coñecemos dende a miña nenez. Na actualidade dirixe unha asociación de axuda a enfermos de Parkinson.

Mónica ten corenta e oito anos, casada con tres fillos, psiquiatra. Tras facer medicina e especializarse en psiquiatría entra como profesora e psiquiatra nun Hospital Universitario: encárgase da clínica infantil durante a maior parte da súa carreira profesional, para, dende hai uns anos, dedicarse unicamente á docencia. O ton da conversación é distendido e cheo de alusións á docencia. As entrevistas sempre son o despacho da Universidade onde ensina. Toda a súa biografía profesional se desenvolve na universidade sen exercer nunca a práctica privada. Contacté con Mónica a través dun amigo común. As nosas conversacións están enchidas de alusións persoais e de referencias a temas políticos e universitarios.

Matías ten corenta e un anos casado psiquiatra, castelán. Fai medicina nunha capital española e o MIR en Galicia. Inicia a súa carreira profesional na pública (nunca exerceu a privada) nunha capital galega, onde se encarga de montar un sector da asistencia psiquiátrica. Na actualidade é director do Servizo de Asistencia Psiquiátrica dunha das cidades máis grandes de Galicia, sendo o seu labor a de coordinar, non sen dificultades, toda os dispositivos da psiquiatría sectorizada que se veu montando nos últimos cinco anos. É un home prolixo e activo: escritor, colaborador asiduo de xornais, especializado en psicodrama, profesor universitario, músico, académico, antropólogo e un longo etcétera. Contacté con el a través do teléfono nunha lista do colexio profesional de médicos.

Martín é psiquiatra e profesor universitario. Naceu hai sesenta e sete anos nun pequeno pobo do interior de Galicia. Formouse en Santiago con Cabaleiro Goás e o Doutor Villamil, iniciándose como psiquiatra na clínica privada deste último. De vocación clara aínda que tardía, iniciou primeiro enxeñaría, permaneceu asociado a un Hospital Psiquiátrico dende o inicio da súa carreira profesional. A súa biografía está enchida de alusións ás loitas polo poder na cátedra: catedráticos non galegos, de grande prestixio profesional, pero sempre de paso. O seu ton é profesional, escéptico ante o valor da entrevista pero aberto, con escasas alusións á súa privacidade. Contacté con Martín a través do teléfono

⁹²⁸ Manuel 2, 10.

⁹²⁹ Melchor 1, 18

tras responder a unha pequena enquisa enviada por carta: foron dúas entrevistas de dúas horas cada unha nun oco entre as súas ocupacións como profesor e coordinador da Cátedra de Psiquiatría. Sempre no despacho no Hospital Universitario onde exerce, sempre con bata branca e gravata.

Montse é un enfermeiro solteiro de trinta e tres anos. Vive co seu irmán na mesma cidade na que traballa. Traballa nunha Unidade de Agudos dun dos Hospitais máis emblemáticos de Galicia. É fillo dun funcionario da administración local, estudou enfermaría en Santiago e foi contratada por un contacto do seu pai na praza que ocupa. A súa chegada á psiquiatría foi e segue sendo traumática, non lle gustara nas rotacións, a súa vacación eran as unidades de coidados intensivos. A súa biografía está enmarcada nos cambios de organización da psiquiatría en Galicia, pasando por distintas Unidades dentro do mesmo hospital. Contacté con Montse a través dunha coñecida común. A súa conversación é informal aínda que tensa, quere ser franca pero cústalle sinalar os temas dos que quere falar. Entrevísteiña en dúas ocasións, sempre na cociña da súa casa, durante tres horas cada entrevista.

Máximo é un psiquiatra galego de corenta e cinco anos que exerce nun dos grandes hospitais psiquiátricos de Galicia. Formado en Galicia está especializado no tratamento de problemas psiquiátricos en anciáns. O seu enfoque é ecléctico pois ningunha das múltiples aproximacións “esgota o problema”⁹³⁰. Contacté con Máximo a través dun listado de psiquiatras do Colexio profesional.

Mario é un psiquiatra de corenta anos nacido en Extremadura e formado entres Madrid e Santiago. Exerceu nos maiores hospitais psiquiátricos da comunidade galega ao mesmo tempo que mantén unha consulta e unha clínica privadas. Fala sobre todo dos aspectos orgánicos da enfermidade mental, utilizando principalmente fármacos para o seu tratamento. Contacté con Mario a través dun listado de psiquiatras do Colexio profesional.

Marcos. Psiquiatra, de 59 anos, formado en Madrid, en psicanálise en Suíza e a través da súa práctica privada nunha das capitais de Galicia. Defínese como practicante dunha psiquiatría dinámica nun marco psicoanalítico aínda que usa a psicoterapia e a psicofarmacoloxía. Contacté con Marcos a través dun listado de psiquiatras do Colexio profesional.

Marga é un psiquiatra galego formado en Galicia (en varios dos centros e dispensarios da xeografía galega). Exerce nunha Unidade de Saúde Mental, como Xefe de Sección, asociada a un dos grandes hospitais galegos ao mesmo tempo que ten unha consulta privada. Marga trata sobre todos trastornos depresivos e “neurose”. Establece unha distinción entre o tratamento que dá aos seus pacientes na Unidade (farmacolóxico) e o da súa práctica privada (de orientación psicoanalítica).

USM1.

Mauricio. Psiquiatra galego formado en Santiago cunha formación tamén en Antropoloxía. Antes de traballar nesta unidade traballou en Conxo, Ferrol, nun ambulatorio de Santiago ademais de empezar como médico rural. Mauricio ten unha experiencia de máis de trinta anos no sector público ademais de ter unha consulta privada cunha longa clientela.

Miro. Psiquiatra en formación durante o seu MIR. A súa familia psiquiátrica é psicoanalítica cunha tendencia junguiana.

Mira. Psiquiatra en formación durante o seu MIR. Mauricio atribúelle unha excesiva formación bioloxicista con tendencia a receitar demasiado.

Marco. Psicólogo clínico da escola lacaniana, atraído tamén pola psiquiatría sistémica. Ten uns vinte anos de experiencia clínica cando entra a formar parte da USM.

Marta. Enfermeira da USM. Prepara as historias e adoita recibir os usuarios, elaborando unha primeiro bosquejo da historia familiar e clínica para logo derivalos ao especialista correspondente. Acode a Río tódalas semanas.

Mina. Asistente social con dedicación exclusiva na USM, traballa tamén en Río cada semana.

Mari. Asistente social do concello de Argo onde os días que acoden dende Santiago a pasar consulta adoita facer funcións administrativas e de enfermaría.

USM2

Manolo. Psicólogo lacaniano traballador da USM2 en 1992. Tiña entón unha longa experiencia clínica tanto privada como pública.

Macu. Psicóloga de USM2.

⁹³⁰ Máximo 1:1

USM Esteiro

Os integrantes da USM son: **Melón**. Psiquiatra da USM de Esteiro. Exerce dende hai anos na unidade ao mesmo tempo que ten consulta privada polas tardes preto de Santiago. **María José e María Dolores**. Son os enfermeiros da Unidade de Esteiro e da Unidade de drogodependencias. **Mari Carmen**. Psicóloga da Unidade. **Marta**. Administrativo. De todos eles obtiven información a través dos usuarios e traballadores de Pégola, ademais de conversar en varias ocasións con eles ao longo dos anos da miña colaboración en Pégola.

María: É unha psiquiatra de trinta e cinco anos, casada e con dúas fillas. Tralo rotatorio en Toen, fai a súa especialidade en Portugal traballou facendo substitucións (Vigo) ata facerse cargo dunha unidade de axuda á drogodependencia nun pobo costeiro. Tivo problemas burocráticos ata que a UE estableceu unha normativa común para os títulos universitarios. Ao mesmo tempo exerce a práctica privada no seu domicilio particular, di, para seguir facendo clínica⁹³¹. O seu ton é persoal, confidencial. Nas súas conversacións comigo intercambia experiencias persoais e profesionais: a conversación é cálida, ata converterse nun intercambio persoal. Contacté con ela a través dun listado de psiquiatras do Colexio Médico.

Grupo discusión Coruña de traballadores en unidade hospitalaria. 8 médicos. 8 psicólogos. 13 coidadores

Usamos tres grupos de grupo de discusión de “xestores” e a EMG nunha Unidade de Saúde Mental en A Coruña⁹³². Os traballadores acoden ao grupo de discusión de forma voluntaria. Cada grupo dialoga guiado por un moderador (Juan Luis Pintos) durante unhas dúas horas sobre a cronicidade na saúde mental. As conversacións son gravadas, transcribidas e analizadas. Os grupos teñen en común o feito de traballar na actualidade con EMG. Son os seguintes, citámolos na tese de acordo coas seguintes claves:

- 1 Grupo Discusión de Psiquiatras: GDPQ 1-8. Oito psiquiatras da zona urbana de A Coruña.
- 2 Grupo Discusión de Psicólogos: GDPS 1-8. Oito psicólogos de diferentes escolas psicolóxicas.
- 3 Grupo Discusión Coidadores GDC 1-13. Neste grupo dialogan trece enfermeiras, asistentes sociais e supervisores de pisos de acollida.

Traballadores de Pégola.

Salvo no caso de Mercedes, con quen realicei entrevistas “formais” en 1996, todo o resto dos traballadores de Pégola achegaron información a través das conversacións informais e a observación indirecta durante o meu traballo na asociación. Presento a continuación un pequeno perfil das súas funcións.

MERCEDES. Psicóloga directora de Pégola. Traballa na asociación dende os seus primeiros pasos.

MACU: Encárgase do taller de enmarcado e conducir cada mañá unha das furgonetas. Ten trinta anos, é unha recién contratada tras o despedimento de Maro.

MARVEL: pedagoga de corenta anos. Traballa en Pégola dende pouco despois da súa fundación. Encárgase de varios talleres ao longo da semana cos usuarios, ademais de xestionar: lotarías, encargos para vodas, anuncios, charlas, acompañante, apoio ás encargadas dos pisos tutelados, e un longo etcétera.

MACARENA: Traballadora social de trinta e cinco anos de idade. Traballa en Pégola de hai máis de seis anos. Leva a maior parte do traballo administrativo, xestionando todo tipo de solicitudes: pensións para os recién chegados á asociación, cotas de socios, contactos con outras asociacións, organización de permisos e un interminable etcétera.

MAFALDA: Monitora do taller de costura. Chegou a Pégola por un contacto persoal coa directora e con

MAIRA. Psicóloga contratada como encargada do local da Pégola en Navia. Leva varios talleres dentro do edificio da asociación ademais de xestionar de forma máis ou menos independente o seu funcionamento.

MAR e MARA son as dúas supervisoras dos pisos tutelados. Encárganse de estar localizables para os usuarios dos pisos. Cando non chega o diñeiro para facer as comidas no local da asociación fan as compras para cada piso. Pasan dous ou tres veces por cada piso para comprobar como van as cousas e

⁹³¹ María1, 7.

⁹³² Pintos-Rei-Marticorena 2004, colgado en <http://www.usc.es/cpoliticas/mod/book/view.php?id=780>

colaborase no real funcionamento da organización (lavado, limpeza, comidas, pasada, ...). A súa lista de funcións é difícil de definir non pola súa lonxitude senón pola sutilidade coas levan a cabo.

MARCELO. Traballa como condutor, pique de cociña cando a asociación ten fondos. Leva cada venres unha furgoneta para as excursións, ademais de levar e traer a Esteiro aos usuarios á USM e facer mil e un recados.

MARO: Monitor encargado do Taller de Enmarcado dende o inicio de Pérgola. Encargábase do taller e recoller aos usuarios cada mañá cunha das furgonetas. No verán de 2008 “foi despedido”.

MAURICIO: monitor do taller de cestaría e condutor dunha das furgonetas da asociación. Traballa para a asociación dende a súa fundación.

MARGOT: Traballa en Pérgola dende hai anos como educadora. Encárgase de varios talleres ao longo da semana: pasta de papel, coiro, bolsas, ademais das aulas de psico-motricidade.

MARIANA: Traballou para un Concello próximo. Leva en Pérgola dende o inicio colaborando directamente: primeiro encargada a atención domiciliaria, monitorea de varios talleres de traballo, encargada da escola de familias, titora de talleres (“comúnicate” entre outros moitos), condutora cando fai falta, supervisora de pisos, e un longo etcétera.

ASOCIACION DORNA

MURUCA. Ten case cincuenta anos. Maruca fundou con familias e enfermos a asociación Dorna. A asociación conta hoxe con Residencia para usuarios, empresas propias, é propietaria dos terreos dun antigo pazo cun máis de cincuenta enfermos nos seus locais cada día. Nunha longa entrevista relátame tódolos pasos e pormenores polos que foi pasando ela e a asociación que “dirixe”.

XESTORES EMG: DATOS SECUNDARIOS.

Galicia

Emilio González⁹³³ ten publicada unha extensa colección de artigos e libros sobre a psiquiatría en Galicia. En 1977 publica un libro sobre o estado da asistencia psiquiátrica en Galicia a raíz do seu despedimento de Conxo. Nunha obra publicada en 1978 describe de novo a situación da psiquiatría engadindo agora unha experiencia dun dispositivo de atención psiquiátrica nun barrio de Ferrol. En 1999 defende unha tese sobre o seu traballo en Santa Camba nunha USM. Esta última obra inclúe unha grande cantidade de datos dispersos e unha reflexión moi completa sobre o “meigallo”. Publicou con Marcial Gondar, antropólogo, unha grande cantidade de artigos sobre etnopsiquiatría defendendo unha psiquiatría que “escoite” o paisano galego local (de inspiración en Kleinman)⁹³⁴.

Manuel Cabaleiro Goás⁹³⁵, psiquiatra orensano durante os anos do franquismo, fundador de Toen. Existen unha boa cantidade de publicacións sobre a súa figura e biografía.

Luis Ferrer, psiquiatra e antropólogo, ten varios escritos sobre a súa práctica médica en Galicia. Xestionou durante anos a reorganización dos diferentes servizos psiquiátricos na cidade de A Coruña. En 2008 asumiu unha función similar para a área de Santiago de Compostela.

España

Anxos Cáceres⁹³⁶, xornalista da *Interviú*, publica neste libro a súa convivencia nun cárcere manicomio de Fontcalet (Alicante) entre 1984 e 1985, escrito a final da década dos 80 (Con fotos). Enviada para unha reportaxe decidiu solicitar un permiso para facer algo máis longo. O centro, de nova formación-creación, estaba dirixido por un psiquiatra coa intención de crear unha unidade terapéutica como centro de rehabilitación.

Lera⁹³⁷ xornalista publica en 1972 un conxunto de artigos, antes publicados en xornais, sobre as súas visitas aos diferentes manicomios en España. Describe, a través das súas visitas a psiquiátricos de toda España, e os artigos que publico nos xornais de “divulgación cidadá”, a vida nos hospitais psiquiátricos da época.

Durante os seus anos de existencia a *revista* Triunfo publicou artigos, reportaxes e informes sobre situación psiquiátricos en toda España⁹³⁸, incluíndo varios de Luis Carandel⁹³⁹ e María Anxos García Quesada⁹⁴⁰.

⁹³³ González 1977

⁹³⁴ A bibliografía do final inclúe unha referencia completa de todas estas obras.

⁹³⁵ Cabaleiro 1992, 1993, 1997.

⁹³⁶ Cáceres 1991.

⁹³⁷ Lera 1975

⁹³⁸ Díaz Plaja 1971.

⁹³⁹ Carandel 1974

Enrique González Durou⁹⁴¹, psiquiatra español cunha grande cantidade de obras publicadas tanto sobre a historia da psiquiatría española como materiais máis ou menos biográficos, sempre dende unha perspectiva anti franquista e comprometida.

Carlos Castilla do Pino, na súa obra *Pretérito Imperfecto*⁹⁴² e *na casa da Oliveira*⁹⁴³ ofrécenos a autobiografía dun psiquiatra nos tempos do franquismo e a chamada transición española. Se ben, a súa autobiografía é profundamente íntima e persoal, narra infinidade de casos e anécdotas.

Ramón García⁹⁴⁴ psiquiatra español, conta a súa experiencia na reforma psiquiátrica, primeiro nun libro defendendo en 1975 a anti psiquiatría, e posteriormente nun segundo libro xa en 1995 facendo un reconto lúcido, crítico e escéptico da psiquiatría en España durante esas dúas décadas: dende a chegada da democracia ata a vitoria do Partido Popular tras varias lexislaturas de goberno do PSOE.

Eric Mora⁹⁴⁵ conta a súa experiencia como psiquiatra español aplicando a atención comunitaria nun barrio de Barcelona nos anos 80.

Cesario Cerón⁹⁴⁶ presenta a biografía do psiquiatra valenciano **Luis Valenciano**. Neste libro rende homenaxe a Luis Valenciano, construíndo un relato orgulloso da súa vida dende principios do século XX ata a década dos 80.

Agustín Jimeno Valdés⁹⁴⁷ publicou unhas memorias onde relata, con anécdotas e unha boa cantidade de alusións veladas, o seu periplo pola psiquiatría franquista (“emigrou a Alemaña”) e tardo franquista (Santander, Santiago e finalmente Valladolid).

Enrique García-Barros⁹⁴⁸, psiquiatra español, publica nun libro unha auto biografía que resulta ser máis ben un anecdotario da xente coa que traballou. Describe perfectamente a atmosfera da psiquiatría na época Franquista, tanto a práctica privada como a pública.

A revista *Anthropos* publicou un número monográfico dedicado ao psiquiatra **Francisco Alonso-Fernández**. Neste número o propio homenaxeado escribe o seu perfil autobiográfico e outros autores falan do seu labor como psiquiatra en varias cidades españolas, incluída A Coruña, ata rematar como catedrático en Madrid.

Omar Ponce⁹⁴⁹ sociólogo publica un estudo sobre como os médicos asumen o seu papel de enfermos. Aparecen algúns casos de médicos con enfermidade mental.

Existen ademais unha boa cantidade de libros sobre a historia da psiquiatría en España⁹⁵⁰ con datos biográficos de moitos dos seus psiquiatras protagonistas. Algúns publicados como homenaxes póstumas a un psiquiatra como Ramón Sarro⁹⁵¹ en Cataluña ou como Antonio Rodríguez López⁹⁵² en Galicia. Outros estudos de distinta índole teórica⁹⁵³, ámbito xeográfico⁹⁵⁴ ou perspectiva sobre a historia da psiquiatría española⁹⁵⁵. Hai dúas publicacións, dende unha perspectiva psiquiátrica ambas as dúas, que abordan unha reflexión sobre a reforma tras uns anos da súa implantación: José García fai unha a súa revisión en 1998⁹⁵⁶, e en 2006 a *Asociación Española da Neuropsiquiatría*⁹⁵⁷ presenta unha recompilación de artigos sobre a mesma temática.

Europa, EEUU e o resto do mundo.

Jan Foudraine⁹⁵⁸, psicanalista francés, presenta a súa autobiografía. Traballou como psiquiatra en Holanda e EE. UU. O seu punto de vista escéptico e cínico reflexiona sobre o sentido da práctica psiquiátrica, enxeñaría social denomínala.

⁹⁴⁰ García Quesada 1975.

⁹⁴¹ González Duró 1987, 1989, 1994-96.

⁹⁴² Castilla 1997, Castilla 1998.

⁹⁴³ Castilla 2004.

⁹⁴⁴ García 1975, 1995.

⁹⁴⁵ Amora 1982

⁹⁴⁶ Cerón 1996

⁹⁴⁷ Jimeno 2006, a segunda referencia do mesmo ano é sobre o seu propio pai, tamén psiquiatra.

⁹⁴⁸ García Barros 1997.

⁹⁴⁹ Ponce 1996

⁹⁵⁰ Aparicio 1997.

⁹⁵¹ Antón 1992

⁹⁵² Número especial de AGSM/SISO en 2006 (AGSM 2006).

⁹⁵³ Comelles (1998) dende unha perspectiva próxima a Foucault ou Miguel (1983) máis "sociolóxico cuantitativo"

⁹⁵⁴ Domenech (1987) sobre a psiquiatría catalá, ou González Álvarez (14993) sobre Huelva. García (1978) coa súa tese doutoral sobre o conflito en Oviedo.

⁹⁵⁵ Comelles 1988

⁹⁵⁶ García-Espino-Lara 1998.

⁹⁵⁷ Pérez 2006.

⁹⁵⁸ Foudraine 1975.

Kay Redfield Jamison⁹⁵⁹: psiquiatra-psicóloga norteamericana, unha autoridade nos trastornos bipolares⁹⁶⁰, presenta unha autobiografía⁹⁶¹ da súa propia experiencia como maniaco depresiva e un estudo sobre o suicidio⁹⁶². Adopta unha perspectiva experiencial sobre ambos os dous temas, achegando ao mesmo tempo unha meticulosa análise dos seus problemas para sobrevivir á enfermidade bipolar dentro da profesión médica.

Manning⁹⁶³ Diario dunha psicoterapeuta da costa este de EEUU. Narra, baseándose en episodios case diarios as súas sensacións e as súas buscas de sentido a través dun par de anos nos que se vai somerxendo nunha depresión da que logra saír a través do electroshocke.

T.M. Luhrmann⁹⁶⁴ presenta un estudo antropolóxico da división na que viven os xestores da EMG: por un lado a biomedicina coas súas terapias químicas, e por outro lado a psicoterapia na que engloba tódolos intentos dos xestores de axudar á creación de sentido dos seus pacientes. O libro está repleto de referencias ás biografías e prácticas de moitos xestores da EMG en EEUU.

Paul Linde⁹⁶⁵ decidiu deixar a súa práctica psiquiátrica en EEUU e acompañar a súa muller, tamén médico, a traballar a Zimbabwe. Alí traballa no único hospital psiquiátrico do país e relata neste libro as súas experiencias. Céntrase sobre todo nas diferenzas coa práctica nos EEUU, en mirar con condescendencia as prácticas locais, tanto de corrupción coma de curanderismo.

Jones⁹⁶⁶ presenta un manual de actuación para médicos e psiquiatras en Inglaterra padecendo unha enfermidade mental. Faino achegando moita información biográfica dos seus entrevistados para completar e facer comprensible os pasos polos que pasa un médico sufrindo este tipo de enfermidade. O libro está cheo de consellos sobre o que se debe facer en cada caso, con tódalas implicacións legais en cada posible opción.

Xestores. Cadro resumo bibliografía secundaria.

Referencia	País procedencia	Profesional de:	Lugares traballo	Marco temporal	Diagnósticos EM	Comentarios
García Barros 1997	España	Psiquiatra		1950-90		Psq. Fenomenológica Autobiografía
Amora 1982	España, Cataluña	Psiquiatra	Barrio Cataluña	1970		Psiquiatría de barrio
Castilla Pino 1997, 1987	España	Psiquiatra	Córdoba, Madrid	1940-2000		Memorias
González 1977	España, Galicia	Psiquiatra	Conxo, Santiago	1970		Crónica conflito reforma psiquiátrica
Durou 1974, 1975, 1987. 1995, 1996	España	Psiquiatra		1970-1990		Crónicas e notas biográficas psiquiatra esquerdas durante franquismo
García 1995	España	Psiquiatra		1975		Crónica reforma, contrarreforma
Jimeno Valdés 2006	España	Psiquiatra	Valladolid, Galicia,			Psq. Franquismo
Claramunt 2004	España	Psiquiatra		1940-2000		Psiquiatra franquismo
Fontes 2006	España	Psiquiatra				Memorias
Cerón 1996	España, Valencia	Psiquiatra		Ata anos 90		Homenaxe a Luis Valenciano
Gómez Santos 2007	España	Psiquiatra				Biografía López Ibor
Foudraire 1975	Holanda, EEUU	Psicanalista		1960-70		Memorias
Jones 2005	UK	Médicos		1990- 2000	Médicos con EM	Xornalista recompila
Pearls 2004	Alemaña, EEUU	Psiquiatra, psicólogo				Fundador Gestal, relacións con drogas
Linde 2001	EEUU, África (Zimbabwe)	Psiquiatra	EEUU, África, California	1990		Descrición práctica ONG en África
Manning 1995	EEUU	Psicoterapeuta		1990	Depresión	Memorias
Redfield Jamison 1995, 2004	EEUU	Psicóloga, psiquiatra	Costa Leste EEUU	1980-90	Bipolar	Confesións, crónica

Táboa6 Bibliografía secundaria xestores.

⁹⁵⁹ Redfield 1990; 1994; 1995; 2000; 2004.

⁹⁶⁰ Redfield 1990; 1994.

⁹⁶¹ Redfield 1995.

⁹⁶² Redfield 2000.

⁹⁶³ Mannin 1994.

⁹⁶⁴ Luhrmann 2001.

⁹⁶⁵ Linde 2001.

⁹⁶⁶ Jones 2005.

Perfis biográficos de usuarios, enfermos, pacientes, tolos. Datos primarios

PEDRO ten⁹⁶⁷ 42 anos, traballa no mundo do teatro e a música en Galicia. Dende hai anos sofre ataques de pánico. Foi primeiro fortemente medicado polo psiquiatra ao que acudiu⁹⁶⁸. Posteriormente aprendeu, di, a vivir cos seus ataques. Anticipándose a eles e preparándose. Pedro é a filla maior dunha familia numerosa de irmáns varóns da clase media alta dunha capital galega. A súa biografía estivo marcada pola bancarrota da empresa paterna e a enfermidade bipolar do seu pai. A figura da súa nai, con fortes períodos de depresión, é central na narración que fai da súa vida⁹⁶⁹. Estudou secundaria nun colexio privado que o seu pai non puido continuar pagando. Como consecuencia os seus irmáns e el pasaron a formar parte das obras de caridade da institución educativa, sendo identificados como os pobres do colexio⁹⁷⁰. Os seus mellores amigos serán ao longo da súa vida aqueles cos que compartiu a experiencia de ser de clase B dentro da aula. Tras rematar a secundaria, inicia e remata en cinco anos unha carreira en Santiago. Despois comeza a traballar en diversas cousas. Tras moitas outras iniciativas iníciase como técnico de son e iluminación nunha sala “alternativa” da capital galega. Empeza aí a súa carreira no mundo do teatro e a música. Vive hoxe en día cunha medicación para os seus ataques que toma cando os vai vir, acudindo a un psiquiatra do seu seguro privado un par de veces ao ano. O meu contacto con Pedro foi grazas a unha longa relación de amizade. Entrevístoo cunha gravadora en dúas ocasións.

PAZ ten corenta anos. É escritora aínda que non lle gusta ningunha etiqueta, vive en Carballo coa súa nai. Paz é franca e directa, non pretende ocultar ningún dato, quere o seu nome real na tese⁹⁷¹. A súa vida foi intensa e, di, complexa. Naceu en Arxentina. A súa nai é de orixe anglo arxentina. O seu pai era galego. Paz pasou a súa primeira infancia viaxando por toda Sudamérica cos seus pais e os seus dous irmáns. Con once anos instálanse en Vigo. É entón cando o seu pais danse conta da súa anorexia. Paz sitúaa anos antes. Pero é nese momento en que se instalan en Vigo cando a enfermidade é “descuberta na familia”.

Primeiro é tratada en Conxo, nun momento en que as anorexias eran algo nova en Galicia, di. Logo, intérnana nunha clínica especializada en Arxentina. Paz afirma lograr superar a anorexia, pero esta deixoulle secuelas incurables: esterilidade, disfunción renal pola que ten que seguir unha dieta estrita e un longo etcétera⁹⁷². Cando nos atopamos e a entrevisto por primeira vez Paz ten vinte e nove anos. Padece nese momento o que ela mesma chama “a súa Enfermidade Mental Grave”⁹⁷³: unha enfermidade maniaco depresiva. Ademais de como escritora cun libro recién publicado, exerce e se define como terapeuta en medicinas alternativas, que estudou en Cataluña, en Reus. Vive entón coa súa nai e no momento de realizar a entrevista cóntame que leva catro anos sen medicación prescrita por psiquiatras, auto controlándose cunha dieta estrita.

Unhas semanas antes das nosas tres entrevistas unha depresión provocada por distintas causas, obrígalle a tomar antidepressivos. Contacto con ela a través dunha amiga común. Atopámonos na cociña da súa casa en tres ocasións, sumando máis de dez horas de gravación. Gústalle “falar sen axuizar”, utilizar a súa intuición e esforzándose por establecer un vínculo íntimo comigo. Ademais das entrevistas os datos utilizados nesta tese sobre a súa vida, están extraídos da nosa correspondencia electrónica e de diferentes blogs que Paz foi publicando sobre as súas experiencias sobre a enfermidade⁹⁷⁴.

PACO ten cincuenta e tres anos. Traballa como profesor de secundaria nun pobo costeiro en Galicia. Naceu no seo dunha familia numerosa na bisbarra de Ferrol. Paco casa bastante novo antes de rematar a súa carreira cunha rapaza que coñece en Santiago ao quedar esta embarazada tras unha separación forzada por un duro servizo militar en Marrocos, un desterro represalia de case dous anos debido ao seu activismo político de esquerdas nacionalista ao final do franquismo.

O matrimonio pasa uns anos duros, pero cheos de cariño sinala, ao peregrinar por Galicia na situación típica dun funcionario interino do ensino público. O seu pai axúdaos economicamente.

967 Usamos, como ao longo de toda a tese, o presente etnográfico.

968 Manuel tamén entrevistado. Director de Conxo durante moitos anos e partidario dunha psiquiatría biologicista e farmacolóxica.

969 Os datos achegados por Pedro foron tamén útiles para a comprensión da experiencia do grupo que diferenciamos de familiares de EMG. Incluímolo non obstante neste grupo porque o centro das nosas entrevistas formais foi a súa propia experiencia coa psiquiatría, aínda que os datos sobre a súa familia aparecen nas transcricións, a maioría proveñen das miñas notas nas nosas conversacións non gravadas.

970 Os seus compañeiros eran “fillos de tal e cual” (médico, avogado...) Pedro 1: 12.

971 Paz Ponte Greene autorizoume expresamente a utilizar o seu nome e datos persoais. É neto do escritor Graham Greene. Paz ten publicados varios libros, un deles é unha recreación literaria dunha muller cun trastorno da alimentación (Ponte Greene 1999).

972 Paz 1: 10.

973 Paz 1: 12.

974 Unha busca en Google xera unha boa cantidade de vínculos dos seus blogs ao longo dos últimos anos.

Percorren Galicia antes de aprobar a oposición en Madrid e conseguir o destino no pobo da súa muller. Consegue a praza de profesor de secundaria no instituto que acaban de abrir no pobo e neses anos ten dous fillos máis.

Entrevisto a Paco tras tres anos da súa separación e posterior divorcio. Sofre unha profunda depresión á que sobreviviu, di, grazas á axuda farmacolóxica dun psiquiatra e á relación cos seus tres fillos. A súa muller fórase vivir a Francia⁹⁷⁵. A súa narración biográfica está enchida da busca dos rastros da evidente infidelidade da súa muller para o resto do pobo, inexistente para el. Está cheo de orgullo por criar en solitario aos seus tres fillos.

Atopámonos no salón da súa casa en tres ocasións. A súa conversación é franca e chea de boas intencións. Gravou máis de nove horas de entrevista, aínda que o noso primeiro encontro, por un fallo mecánico non puido ser transcrito máis que parcialmente. Dende os nosos primeiros encontros seguíu a súa evolución, con períodos de baixas laborais de longa duración por depresión medicada e atendida periodicamente polo seu psiquiatra dun seguro privado. Nunca tivo un ingreso hospitalario.

PASCUAL ten corenta e tres anos e traballa como funcionario na mesma vila galega onde se atopa a asociación Pérgola. Pascual é fillo único, orfo de nai dende moi novo, casado na vila onde reside, con dúas fillas. Hai dez anos comezou a ter o que denominaba “ataques de ira”⁹⁷⁶. As súas discusións coa súa muller levaron esta a abandonalo temporalmente. Isto unido a unha etapa nun cargo de responsabilidade no traballo e a falta de sono, desencadeou unha crise. Tras acudir a un psiquiatra, un ano de baixa psiquiátrica e nove anos de medicación e controis psiquiátricos bimensuais Pascual segue sin entender o diagnóstico do seu psiquiatra (depresión con ideas delirantes). Toma relixiosamente as súas pastillas, di, porque a súa vida familiar agora é mellor. Dorme oito horas, fala normalmente coa súa muller e teme sobre todo volver polo camiño da ira se deixa a medicación. Soña con abandonala pero teme as consecuencias. Refírese ao seu psiquiatra con ironía e describindo a súa autoridade médica como profesional recomendado pola muller médico dun compañeiro. Gustaríalle non volver a López (refírese sempre ao seu psiquiatra polo seu apelido), pero teme non poder ver tódolos días a súa filla. Non pode imaxinar como sería iso. Acode ao seu psiquiatra dun seguro privado unha vez cada tres meses. López axusta a medicación en función do que Pascual lle conta, variando pouco nos tres últimos anos nos que mantivo certa estabilidade. Atopámonos en tres ocasións na súa casa durante tres longas conversacións.

“Usuarios” de Pérgola.

Dispoñemos de datos de douscentos vinte e tres usuarios de Pérgola. Poden consultarse nun cadro ao final desta mesma sección. A continuación resumimos o perfil biográfico dos usuarios entrevistados. Describimos brevemente a carreira moral que seguiron ao longo da súa relación coa EMG e as institucións que a xestionaron en Galicia durante os últimos trinta anos. En moitos casos os datos que teño proveñen das entrevistas cos enfermos, polo xeral contrastados con outras fontes. Nalgúns casos respectouse a información falsa (polo xeral produto dos delirios) para expresar e transmitir a súa peculiar perspectiva.

EDUARDO ten cincuenta anos. Os pais de Eduardo teñen os seus dous primeiros fillos en Guinea, onde o pai traballaba nun serradoiro. Eduardo vive os seus primeiros anos alí para volver a Galicia na casa da avoa materna. O seu pai embárcase entón na Mariña Mercante, regresando un mes ao ano durante a maior parte da vida de Eduardo. Son tres irmáns, dos cales outra irmá ten un diagnóstico de Esquizofrenia. Eduardo sinala tamén que o seu outro irmán e os seus dous proxenitores tiveron que acudir ao psiquiatra por diversos motivos.

Eduardo foi internado no Seminario Menor de Santiago de Compostela, onde cursa ata o final da Educación Secundaria. Os seus anos de internamento están repletos de memorias de relacións homosexuais e os horarios estritos. Dos dezaioito ata os vinte e dous anos estuda na Universidade de Santiago a carreira de Maxisterio. Tras unhas prácticas en colexios, Eduardo viaxa a Suíza, Francia para traballar na recollida periódica de diferentes cultivos.

Durante un período de dez anos Eduardo vive traballando uns meses durante o inverno en Europa e viaxando o resto do ano por diferentes países do mundo. Facendo un percorrido polos países de orixe das drogas ilegais máis coñecidas: Thailandia, Corea, Vietnam, etc. Xa tivera algún contacto coas drogas ilegais antes, pero nesta época que el describe como “hippy”, pouco a pouco o alcohol, a heroína e a cocaína entran a formar parte da súa vida diaria. Eduardo non recorda exactamente a cronoloxía pero nalgún momento unha noiva suíza queda embarazada. Casan, teñen unha filla, e o seu sogro dálle un

975 Paco 1.

976 Pascual 1.

traballo cun bo soldo. Cando a súa filla ten uns tres anos, a súa muller dálle un ultimato: ou deixas as drogas ou non seguimos xuntos. Eduardo recorda que quizais se en aquel momento fixese caso, hoxe en día non estaría deteriorado.

Eduardo deixa o traballo co seu sogro. Comeza a traballar por un soldo inferior e a espiral de consumo de drogas ilegais lévao a ter tres ingresos en Suíza. Danlle o diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, aínda que el apunta que sería máis acertado un Trastorno da Personalidade. Nunha viaxe a Thailandia acaba ingresado nun Hospital Psiquiátrico onde a súa muller non quere ir recollelo. Finalmente, a súa nai en Galicia rescátao. Volve a Galicia, a súa muller divórciase del, e tras pasar unha tempada en Proxecto Home de Santiago chega a Pégola en 2002, guiado pola súa nai. Ten unha Pensión No Contributiva cun 65% de minusvalía.

Hoxe en día vive nun dos pisos tutelados por Pégola con outros tres usuarios. Levántase cada día temperán, almorza “como unha persoa normal”. Acode na furgoneta que o recolle cada mañá ao taller de enmarcado, aínda que dende 2002 pasou por diferentes talleres. Eduardo entende como traballo a súa presenza en Pégola. As tardes e as fins de semana pásaos con outros usuarios. Participa en tódalas excursións organizadas pola asociación, e este último verán fixo unha viaxe pola súa conta.

Nos últimos anos cortouse as veas nunha ocasión e intentou suicidarse noutras ocasións. Pasa por períodos de depresión polo menos unha vez ao ano, pero non sempre é capaz de darse conta do que lle está a pasar. Tivo varios ingresos nas crises puntuais sempre en hospitais públicos de Santiago de Compostela. O seu médico non é o da USM de Esteiro, senón que cada dous ou tres meses acode a Santiago para ver axustar a medicación. Eduardo demanda máis conversacións co seu médico, é por esa razón pola que “tivo problemas” co psiquiatra da USM de Esteiro.

As preocupacións recorrentes na nosa entrevista son dous. Por un lado, a súa filla que hoxe en día ten xa dezanove anos. Viuna só en dous ou tres ocasións dende que volveu definitivamente a Galicia. Por outro lado, a súa sexualidade e a interferencia da medicación coa súa vida social. Nos últimos anos tivo relacións con outra usuaria de Pégola, pero repíteme constantemente a soidade na que vive, pois dous dos seus compañeiros de piso “están moi deteriorados”.

EFREM é o irmán de no medio de cinco irmáns, dos cales outros dous teñen un diagnóstico de esquizofrenia. A súa irmá é tamén usuaria de Pégola. Efrén ten 55 anos. Os seus pais emigraron a Venezuela onde Efrén naceu. Tras regresar ao lugar de orixe na costa dos seus pais e construír unha casa nun terreo da familia paterna, o pai embárcase non regresando definitivamente á casa ata a súa xubilación (un mes en terra cada seis meses embarcado).

Efrén estuda a primaria na Escola da parroquia, pero deixa os estudos antes de rematala. Estuda primeiro en Esteiro Formación Profesional na súa versión de Mecánica para ir logo a Vigo a estudar Mecánica Naval. Embárcase primeiro un ano nun pesqueiro co seu pai, e logo noutro pesqueiro en Angola. Despois de estudar en Vigo inicia a súa carreira de mecánico naval durante uns quince anos tras traballar dous anos para os barcos de Pescanova. En eses quince anos, cunha paréntese para realizar a mili en España, percorre rutas comerciais en diferentes barcos coa mesma compañía de orixe holandesa. Efrén descríbeme “detalladamente” tódolos portos, rutas e barcos nos que traballou. Perfilase un mesmo esquema no seu traballo que recorda con nostalgia: un par de anos embarcado nun mesmo barco realizando unha mesma ruta, uns meses ou uns días de esmorga con mulleres, alcohol, comida e droga. Efrén repite orgulloso que non aforrou nada, pois o gastaba todo nesa boa vida. De cando en vez, un par de veces ao ano durante este período regresa á casa dos seus pais, onde mantén un coche.

Nunha das esmorgas aluga cun compañeiro un piso na expo de Sevilla (1992). Relata como a policía o detén nu subido a unha árbore. Méteno no calabozo durante unha noite, para ingresalo ao día seguinte no Hospital Psiquiátrico público. Dinlle que ten un brote maniaco dunha Enfermidade Bipolar. Dende entón xubilouse cunha pensión contributiva, volveu vivir preto dos seus pais nunha casa da familia, e dende hai uns meses asiste aos talleres de Pégola onde “traballa”.

ELIA vive hoxe nun piso tutelado de Pégola con outras tres usuarias. Non lle gusta moito cociñar, polo que se ocupa da limpeza. Adoita durmir bastante e pasar as tardes paseando coa súa compañeira de piso Edelmira. Juntas adoitan visitar a nai de noventa anos desta. Tivo bastantes ingresos nos últimos anos e non ten unha moi boa relación coa súa nai, á que visita “moi de cando en vez”. Cando sentamos a falar diante da gravadora leva uns meses fóra tras o último ingreso. Está bastante “medicada”, dime, e cústalle contestar, recordar e construír frases longas. A maior parte do seu contestacións son con monosílabos.

Elia nace en 1965 nun pobo do outro lado da serra na bisbarra de Oleiros, sendo a segunda de tres irmáns. Estuda a primaria primeiro no seu mesmo pobo, pero ao ter que desprazarse cada día catorce

quilómetros deciden enviala a Padrón a vivir cunha tía e a súa prima. Estuda no ensino público ata rematar a secundaria. Desa época recorda un accidente volvendo andando dende a estación de tren á súa casa. Unha moto atropélaa. Non recorda nada ata despertar no hospital. Algún médico sinálolle que a súa enfermidade talvez tivese o seu inicio no golpe que recibiu na cabeza.

Tras rematar a secundaria decide estudar clásicas na universidade de Santiago de Compostela. Durante tódolos anos seguintes vivirá en dous pisos de familias coñecidas, pagándoos un tanto ao mes. Tras dous anos en clásicas decide que “non é o seu”. Só tivo boas notas nas materias de dous profesores de Filosofía polo que estuda catro anos desta carreira sen “ningún problema”. Nun congreso de Filosofía en Pontevedra comeza a sentirse mal, abandona as conferencias e volve en tren á casa dos seus pais. Queda durmida e ten que apear-se unha estación despois da súa, polo que para ao primeiro coñecido que pasa en coche para que a leve á casa. Cando chega á casa a súa nai a nota rara. Pregúntao. Ela non sabía o que lle pasaba, hoxe en día é capaz de falar un pouco máis diso, pero entón só recorda que pensaba que todo o mundo a miraba, que o querían facer dano...

Elia atribúe a causa da súa enfermidade a quizais a tensión pola morte nesa época da súa tía e prima nun accidente de coche. Acode a un psiquiatra que lle dá unha medicación, ao cabo duns días está ben. O mesmo psiquiatra lle recomenda non estudar moito. O resto das materias da carreira fainas nos tres anos seguintes, rematando dous anos despois que o resto dos seus compañeiros de promoción. Vive un ano máis en Santiago no mesmo piso preparando as oposicións a Educación Secundaria da Xunta de Galicia.

Elia volve entón a vivir coa súa nai, o seu pai falecera en 1997. Cobra dende entón unha pensión de orfandade. Posteriormente cobrará tamén unha Pensión Non Contributiva pola súa enfermidade. Dende entón e ata o 2002 vive na casa da súa nai, con ingresos periódicos en distintos hospitais de Santiago segundo a dispoñibilidade de camas baleiras. No 2002 decide irse vivir pola súa conta, di, por problemas coa súa nai. Vaise primeiro a unha pensión no mesmo pobo, e logo aluga un piso dunha veciña. Durante dous meses abandona a medicación, vive encerrada e sen case comer nin falar con ninguén. Finalmente unha tía súa vaina visitar, a vai nun estado lamentable e forza un ingreso de case tres meses en Conxo. Tras a alta volve vivir só unhas semanas pero de novo téñena que ingresar.

Tras unha serie de ingresos en Santiago acode por primeira vez a Pégola no 2002, aconsellada polo seu psiquiatra de Esteiro Melón. Nun primeiro momento non lle gusta moito a idea, pero comeza a vivir nunha casa tutelada da asociación. Na casa, invadida por ratos e gatos, sofre varios ingresos sen lograr estabilizarse. Ao longo dos últimos seis anos estivo ingresada nunhas oito ocasións, algúns dos seus ingresos de máis de dous meses de duración. Vive agora nun piso tutelado sen ratos. “Traballa, pero máis ben pouco” no taller de enmarcado. O seu humor é sempre “espeso”.

ELENA nace en Cataluña en 1968, sendo a menor de tres irmáns. Asiste á escola no pobo onde a súa familia reside tras regresar da emigración. Abandona con dezaseis anos a primaria para traballar durante nove meses en Londres limpando nunha casa de galegos emigrantes. Regresa para traballar durante cinco meses en Barcelona e retornar a Galicia para un traballo nunha fábrica de conserva. Elena saca o carné de conducir e durante unha longa tempada traballa na fábrica con contratos de final de obra. Mándana finalmente ao paro sen expectativas dun novo contrato. Desprázase a traballar durante cinco meses en Nova York a través dun contacto dun familiar. Finalmente retorna á casa dos seus pais no pobo costeiro onde se criou tras unha tempada en Madrid e Barcelona.

De novo en Galicia, fai varios cursos, entre outros temas⁹⁷⁷, de informática. Neste momento ten a súa primeira crise recoñecida e acode a un médico psiquiatra en Santiago. Diagnostícanlle primeiro dun Trastorno límite da Personalidade, e posteriormente unha Esquizofrenia. Ao longo destes primeiros anos tras recibir o seu diagnóstico é ingresada en dez ocasións en varios hospitais públicos de Santiago de Compostela. Hai dez anos contactaron con ela, a través da USM de Esteiro. Comezou entón a participar nun taller de teares. Nestes dez anos o seu psiquiatra axústalle a medicación ao longo do ano, con algún ingreso nos primeiros anos. Hoxe en día foi dos primeiros usuarios de Pégola en vivir nun piso tutelado. Vive con outras tres usuarias. Quéixase da falta de limpeza dalgunha delas. Di durmir moitas horas ao día porque o necesita e porque non lle gusta nada a televisión. Participa en case tódalas excursións organizadas pola Asociación coa Federación. Cada dous fins de semana vai á casa da súa nai. O seu pai embarcado durante toda a vida morreu no ano 1990. Os seus irmáns viven en Barcelona, onde ela vai de cando en vez de visita.

977 Elia 1: 15.

Ao longo das nosas conversacións relátame os detalles das dificultades para atopar primeiro un diagnóstico axeitado, e despois unha medicación que lle funcione. Non vive cos seus familiares porque, di, chegou a sentir que “mexaban por riba de min”⁹⁷⁸. En moitos dos sitios nos que viviu percíbese no seu relato, talvez polo xénero do entrevistador un medo a falar de sexualidade, con dous ou tres alusións veladas á prostitución: “non quixen traballar naquel bar polo que era”⁹⁷⁹.

EDELMIRA nace en 1966 sendo a terceira de 5 humanos: tres mulleres e dous homes. Os seus pais viviron sempre nunha casa nunha parroquia costeira de Esteiro. Cando facía primaria a súa médica de cabeceira recoméndalle operarse dunha perna que tiña máis curta. Durante os seguintes anos, ata cumprir os 16 realizásenlle ata 20 operacións distintas nun hospital de Ferrol. Deixou os estudos en primaria para estudar técnicas de peiteado e comezar a traballar cun familiar.

Tras ter un accidente de tráfico e sufrir un período de novas hospitalizacións, coñece no hospital a quen será ao cabo de dous meses o seu marido. Casan e marchan a vivir a Canarias. Alí traballa tres anos de perruqueiro ata sufrir a súa primeira hernia. Nun período curto opéranlle de dúas hernias e regresan a vivir a Galicia. A un pobo próximo aos seus pais co seu marido. Consegue unha Pensión de invalidez por os seus múltiples doenzas físicas, pero quítana, di, no xulgado ao encarcerar o seu marido por contrabando de drogas. Divórciase cando ten 29 anos, e tras pasar uns meses cos seus pais, volve a Canarias a vivir coa súa irmá. Comeza a vivir cun compañeiro do seu traballo de camareira. Iniciando ambos os dous unha espiral de consumo de drogas, alcohol e malos tratos. Ten varias relacións deste tipo ao longo dos anos seguintes, ata que decide deixalo e volverse para Galicia á casa dos seus pais.

Edelmira pasa traballando e vivindo como camareira tres anos nun restaurante noutro pobo costeiro. Durante este período ten varios noivos cos que vive, pero bebe alcohol constantemente. Debido aos seus múltiples problemas físicos coa perna consegue a invalidez permanente tras un preito cos seus patróns.

Nese momento volve á casa dos seus pais os cales lle aconsellan ingresar en Proxecto Home. Pasa varios anos nos diferentes centros desta organización en Santiago, Pontevedra e Vigo. Finalmente volve definitivamente á Casa dos seus pais e iníciase en Pégola. O seu diagnóstico foi dende o principio Esquizofrenia Paranoide, pero ela describe a súa enfermidade como cambios de humor nos que se pon agresiva. A súa queixa fundamental é a soidade e a falta dun compañeiro. Alterna a súa habitual vida nos talleres da Pégola con visitas a unha das irmás en Canarias, sempre co consentimento dos seus pais, di. Mantívose co mesmo psiquiatra da USM de Esteiro e coa mesma medicación dende hai anos, sen sufrir ningún ingreso. Recorda como lle cambiou a cara o día que lle dixeron o seu diagnóstico, pero é feliz dende cos compañeiros de Pégola. Aquí, di atopou comprensión e xente que a saúdo cada mañá.

EDELINA naceu en Esteiro en 1961. Tivo dous irmáns hoxe xa mortos. Ambos os dous tiveron fillos, cos seus sobriños e cuñadas mantén un contacto frecuente no pobo. O seu pai morreu hai uns anos. A súa nai reside na casa familiar con Edelmira nun dos barrios do pobo. Padece unha enfermidade pulmonar grave aos seus noventa e un anos. Edelina vive hoxe en día nun piso tutelado con outras tres usuarias de Pégola. Leva un ano e medio traballando xoves e domingos na venda ambulante cun xitano. Di que o paga pouco (5 euros por día) e traballa moito. No futuro planea facerse cargo da tenda de artesanía que Pégola está a preparar para vender cousas fabricadas nos talleres. Edelina ocupábase habitualmente de instalar e atender o posto da asociación no mercado semanal. Ten unha filla de doce anos que vive con outra irmá en Esteiro. Edelmira non logra seguir unha cronoloxía clara durante a entrevista, culpando sempre a enfermidade da súa deterioración e falta de memoria.

Edelina abandono a primaria nun colexio católico privado local en sétimo. A razón que para abandonalo foi unha operación da perna do seu pai. “Non quixen voltar ao colexio, e ¡plaf!; de traballar nada, ¡a costura!”⁹⁸⁰. Os pais querían que aprendese a coser, pero ela aos dezaseis anos quixo traballar. Por un contacto da familia conseguiu un traballo nunha fábrica téxtil nun pobo próximo ao outro lado da serra. Durante uns anos traballou “enchufada co xefa”, pois “cainlle ben dende ou principio”⁹⁸¹. Encargábase da supervisión na montaxe de mangas, costas e dianteiros. Coñeceu entón un rapaz co que se foi de casa dos seus pais. Viviron unha tempada en Portugal.

Desa época di: “estaba sempre colocada”, “cega a tope”, “fumaba porque fumaban todos”⁹⁸². Probou todo tipo de drogas. Nese momento morre o seu pai. Di que a enfermidade lle apareceu nese momento. Laméntase de non acudir entón ao psiquiatra, “non estaría tan deteriorada”⁹⁸³. Repite que o seu

978 Elia 1: 7.

979 Elia 1: 15.

980 Edelina 1: 9.

981 Edelina 1: 10.

982 Edelina 1: 10.

983 Edelina 1: 11-12.

problema, ademais de non saber a onde acudir, foi non ter cariño abondo. Volveu entón á casa da nai, que a acolleu ben. Comezou entón unha etapa que define como de hippy. Bebía e fumaba todo tipo de drogas mentres conseguiu un traballo nunha tenda de roupa como vendedora grazas a unha veciña. Mantivo o traballo durante cinco anos. A súa cuadrilla daqueles anos, constata, está ou morta por VIH, ou babeando nalgún hospital. Só cita a unha amiga que rematou unha carreira, ten dúas fillas e un traballo “normal”.

Tras uns anos de esmorga continua, namorouse. Uniuse a unha cuadrilla “sa” coa que non fumaba drogas. Emigra entón a Suíza cun traballo como coidadora de nenos a través dunha das súas cuñadas. Di que era moito traballo cunha primeira familia, polo que cambiou. Ocupábase do coidado dunha nena e da limpeza da casa. Non aguantou tampouco moito nesta segunda familia. Conseguiu entón un traballo nun restaurante italiano. Unha inspección de traballo pillouna sen contrato e enviárona de volta a Galicia. Traballou entón un ano nun hotel en Girona para irse despois outro ano a Canarias e traballar de camareira. Ante a falta de cariño decidiu volver á casa da nai. É entón cando acode por primeira vez a un psiquiatra. Pasara unha última tempada soa na casa, sen case comer nin durmir, fumando.

Ingrésana no Hospital de Conxo durante quince días cun diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Tras saír do ingreso regresa a vivir coa súa nai. Con trinta e dous anos coñece o que se converterá no seu marido. El traballa nun serradoiro e a xornal, sen un traballo fixo porque tamén estaba enfermo. Pouco despois queda embarazada, casan e ten un aborto tras unha malleira do seu entón marido no apartamento ao que se foran vivir. O marido tivéaa secuestrada durante dous días. Nun momento no que el salgue Edelmira logra chamar por teléfono a USM. Acoden os municipais. O xuíz ingresa o seu marido primeiro no cárcere e posteriormente en Conxo. Despois tiveron unha filla. Separáronse despois e o divorcio confirmouse hai pouco.

Cando a súa filla ten tres meses volve a ser ingresada no Hospital Provincial do SERGAS en Santiago. Tras o ingreso regresa a vivir coa súa nai. Nin ela nin a súa nai se levaban ben. Por iso acode por primeira vez a Pégola. Pero faino a “contrapelo”, sen vontade nin interese. Este primeiro contacto non dura moito. A súa nai a denuncia e forza un novo ingreso en Santiago. Edelmira dime “a enfermidade comezei a comprendela dende que estou na Pégola”⁹⁸⁴. Ten varios ingresos en hospitais sempre públicos. Tras un tempo que non é capaz de precisar, volve acudir a Pégola e comeza a vivir nun dos primeiros pisos tutelados que a asociación abre para mulleres.

Da medicación comenta que lle daban ao principio Modecate e outros inxectables unha vez ao mes. Non lle ía moi ben. Dende que lle cambiaron a *Rispeldan* en inxectables cada quince días xestionados dende a USM de Esteiro estivo máis ou menos estable. O seu médico é o doutor Melón, o que maioritariamente teñen os usuarios de Pégola. Edelmira toma cinco pastillas diarias máis: protectores estomacais e outras para os efectos secundarios da medicación.

Edelmira está estable dende hai uns anos. Vive nun piso tutelado, onde di ocuparse da limpeza: “deixei á casa como unha patena, ata lle din a volta a neveira”⁹⁸⁵. Acode a Pégola cada mañá, ultimamente ao taller de enmarcado, escapando a fumar cada dous por tres. Participa nos distintos actividades da asociación, sempre cun sorriso. Agora di sentirse querida e comprendida, porque na súa casa non se sentía querida. Polas tardes e as fins de semana, cando non traballa nos mercados, sae con outros compañeiros de Pégola ou xoga coa súa filla. Mantivo unha relación con Eduardo, pero “deixaronno por cansazo mutuo; era moi solitario; e o dicía” que eu era moi mandarica”⁹⁸⁶.

EDITH naceu nun pobo costeiro de Oleiros en 1968, sendo a menor de dous irmáns. Cursou párvulos e ata sexto de primaria na educación pública do seu mesmo pobo. Ata os catorce anos estudou nun colexio privado católico de Esteiro. Durante un ano e medio Edith realizou un curso de Corte e confección.

No ano 1991 e ata 2002 viviu en Nova York onde casou e traballou durante oito anos en varias tendas de roupa en Manhattan. Tras separarse do seu marido, tivo unha filla doutra relación. En 2002 regresa a Galicia tras varios ingresos cun diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. A súa filla vive cunha tía súa no mesmo pobo onde Edith naceu.

No 2004 acode por primeira vez a Pégola. Hoxe vive nun piso tutelado con outras tres usuarias de Pégola. Encárgase principalmente da comida. As fins de semana adoita saír con outros membros da asociación, aproveitando calquera oportunidade para visitar a súa filla. Ten unha Pensión No Contributiva e outra dos Estados Unidos.

984 Edelmira 1: 13.

985 Edelmira 1: 13.

986 Edelmira 1: 14.

EDMUNDO fala comigo catro meses despois do seu último ingreso. Ten vinte e oito anos e estivo entrando e saíndo de Pégola dende 2001. Non ten ningún familiar cun diagnóstico como o seu: Esquizofrenia Paranoide. Criouse e estudou nun pobo costeiro próximo a Esteiro. O seu pai estaba embarcado polo que a súa nai coidaba del dende pequeno. Non recorda nada especial na infancia ata que deixou a escola porque “non se lle daban os estudos”⁹⁸⁷. Continuou non obstante facendo clarinete en Santiago. Comezara a tocar cobrando nunha banda as fins de semana. Nesa época fumaba hachix, probando tamén a cocaína. Edmundo non recorda ben como empezou a sentir que os seus veciños lle vixiaban ata que unha noite se descubriu na rúa baleira do pobo cun coitelo disposto a atacar un deles. Dende entón sucedéronse os ingresos en distintos hospitais. Melón, o médico da USM de Esteiro faloulle á súa nai de Pégola. Por iso está aquí, pero non lle gusta. Saíu dun ingreso hai pouco, no último ano estivo ingresado varias veces. Repítese un mesmo patrón do que non é consciente. Sae do hospital sen fumar hachix durante un mes. Está na casa tranquilo durante un par de semanas estable coa medicación inxectable. Os seus compañeiros vólveno chamar para tocar na banda. Volve fumar e de novo acaba ingresado. En Pégola dinlle que non poden axudarlle ata que solucione o “seu outro problema” coas drogas. Durante a nosa entrevista está bastante adormecido debido á medicación.

EDSON ten cincuenta anos, é dos primeiros usuarios de Pégola. Padece unha Esquizofrenia Paranoide. Está xeralmente tranquilo pero comeza a delirar conectando ideas constantemente. Na nosa entrevista mestura “a verdade imaxinaria” coa “verdade real”, “eu cóntoche a que queiras”. Comeza así por exemplo dicíndome que naceu en Cádiz, na realidade, pero na imaxinación el é maior que o seu irmán menor, porque pode viaxar no tempo. Estivo na Segunda Guerra Mundial e do pasado vén, pois “se puxo na súa casa” en Cádiz, onde naceu, pero non é de todo verdade. A súa nai de verdade non é a súa nai, senón unha señora que vende cousas na alameda do pobo onde naceu. O delirio mestúrase coa realidade de tal forma que depende con quen fale, onde se atope ou de que estean a falar nese momento. Segundo as circunstancias do momento “constrúe” o seu discurso⁹⁸⁸. Polo tanto os datos que transcribimos á súa continuación son os que parecen ter máis verosimilitude no seu discurso, contrastados na súa grande maioría noutras fontes (fichas de Pégola, outros usuarios, etc.).

Edson é o irmán menor dunha familia relativamente rica dun pobo costeiro do outro lado da serra de Oleiros. O seu pai era mariño mercante, vivindo en varios lugares da Península Ibérica coa súa nai e irmán: País Vasco, Cantabria, Andalucía. Estuda a primaria e secundaria para facer despois Mecánica naval. Embárcase e pasa “toda a vida nos barcos” percorrendo boa parte do mundo nas solitarias adegas dos barcos. Nalgún momento da súa vida casa e ten unha filla. Di que recibiu un golpe forte nun barco, coma se unha bala de goma ou unha grúa lle dese na parte posterior da cabeza. Dende entón estivo enfermo. Relata tamén ter problemas durante a mili en Marín, sen poder precisar un marco temporal coherente.

Polo que se deduce a súa muller nalgún momento deixouno, “apareceu casada con outro” pero seguía casada comigo. Non viu a súa filla nos últimos anos aínda que cree debe de ter uns vinte anos. A súa muller divórciase del nalgún momento, pero déixalle bastante diñeiro, sen forzalo a ningún tipo de compromiso económico. O seu irmán, residente fóra de Galicia, ocúpase del. O seu pai morreu recentemente, como a súa nai.

Edson considera que “traballa” para Pégola, pero non reconece os ingresos que lle dan polo seu traballo. Aínda que sabe que paga tódolos meses unha cantidade pola comida e o piso tutelado onde vive con outros usuarios. Gasta o seu diñeiro en augas ou cafés polas tardes. Pasea moito e cambia moito de estilo de corte de pelo e afeitado pois pasa moitas tardes charlando sentado nun salón de peiteado local. Leve trece anos como usuario de Pégola con sete pastillas diarias.

ELADIO ten trinta e catro anos. Vive con nai e a súa madriña encamada nun pobo interior próximo a Esteiro. Ten uns lentes cunha forte graduación. Non vai ben, a súa vista a le “agre” e ha de achegar as cousas para lelas. Encantáballe ler, agora vai películas nunha tele de plasma que a súa nai lle se deixou comprar co diñeiro aforrado das pagas de Pégola. Acode a Pégola cada mañá na furgoneta para “traballar” no taller de cestería. Non lle gusta o traballo, preferiría durmir, pero a súa nai mandoulle a Pégola para facer algo. Ante calquera tarefa protesta educadamente, afirmando que é dificilísima e que non pode. Axiña lle colle o tino a todo o que lle van asignando, realizándoo en silencio. Cando está

987 Edmundo 1: 2.

988 Para comprender a “lóxica” do delio é profundamente ilustrativo o libro de Castilla do Pino (1998), con bos exemplos sobre o delirio de celos noutra obra (1995). Dende unha óptica máis sociolóxica Martínez Hernández (1998) dedícalle un capítulo na súa obra centrada na esquizofrenia. Do mesmo autor Martínez Hernández (2000) pola súa meticulosidade).

sentado con outros usuarios con menores capacidades ou máis deteriorados, Eladio axúdalles con paciencia.

Eladio estudou ata case finalizar secundaria nun dos Institutos públicos de Esteiro. Recorda a tódolos profesores que o saúdan polo pobo cando o ven. Deixou a secundaria “porque non se lle daba” para comezar a “carreira de electrónica”. Estudou catro anos pero deixouno porque os talleres eran especialmente difíciles. Traballou uns meses nun taller de electricidade pero deixouno pronto, sen volver realizar traballo remunerado ningún ata cobrar a Pensión Non Contributiva que percibe agora. Abandona os estudos e volveuse á casa. Alí di que estivo bastantes anos, “estudando pola súa conta”. Ía moito á biblioteca pública. Pero tivo que deixar de ler polos seus problemas coa vista. Un médico dáballes vitaminas que logo Meón, o seu actual psiquiatra quitoulle.

Uns veciños, cree, roubáronlles un portalón nos días de antroido. El atribúe a aquel incidente e os seus problemas de visión o seu estado actual. Comezouse a obsesionar con que o vixiaban e o perseguían. Nalgún momento dunha das súas primeiras crises rematou nu no medio do monte próximo á súa casa. En plena noite atopouno a Garda Civil. Este último incidente relátan unha usuaria de Pérgola durante un taller de pasta de papel. Cando Paula o remata de contar, Eladio dille suavemente: “non se poden contar en público as cousas persoais dos demais”.

Eladio probou con varios psiquiatras ata chegar a Melón na USM de Esteiro. Parece que lle deron, di, bastante pronto coa medicación que estabilizaba o seu comportamento. Inxéctanlle cada dous semanas e debe tomar sete pastillas cada día, dálas/llelas a súa nai coas comidas. As fins de semana e as tardes pásaa principalmente durmindo ou vendo películas antigas no seu DVD. Axuda na casa e na horta que mantén a súa nai.

PEREGRINA vive hoxe coa súa parella, quince anos maior que ela, nunha casa próxima á casa da súa nai e a da súa irmá. Esta última é a que se ocupa de dalo cada mañá temperá as sete pastillas que debe tomar, o preparar o almorzo e a acompañar á porta onde a recolle a furgoneta de Pérgola. Non é capaz de articular case ningunha frase completa. Queda atascada, sen atopar a palabra que busca nin a recoñecer sempre que lle ofrezco diferentes opcións. O seu médico, dime, culpa á medicación deses efectos, pero ela cre que é a enfermidade e os anos de alcoholismo. Os seus ollos están apagados, tardando uns segundo en contestar ás preguntas, sorprendéndose de facelo coma se espertase cada minuto dun profundo letargo.

Naceu en 1961 no mesmo pobo costeiro onde agora reside. O seu pai era banqueiro ao mesmo tempo que médico. A súa nai mestra de primaria no pobo. Peregrina é a terceira de sete irmáns. Os primeiros anos criouse no pazo familiar cos seus irmáns, cursando os seus primeiros anos na escola local. Para realizar a primaria e a secundaria a familia pasa a semana en Santiago, onde ela estuda nun colexio privado católico ata rematar a secundaria. O curso previo á universidade realízao coas súas mesmas compañeiras do colexio nun instituto da capital. Logo inicia dous anos de Farmacia na Universidade de Santiago ao mesmo tempo que fai en Coruña ata cuarto de inglés na Escola de Idiomas. Deixa a carreira porque non dá máis, di.

Pasa a vivir durante catro anos en Inglaterra, onde estuda inglés ao mesmo tempo que coida nenos, traballa nalgún restaurante e en varias tendas. Regresa entón a Galicia, onde di comezar a sentir problemas. Por aquela época, confesa, bebe bastante alcohol. Coñece entón a súa parella actual, coa que viviu dende entón. El traballou ata hai pouco como axudante de farmacia, pero agora está no paro tras 30 anos. Faille a comida cada día, pasean por a tardes e ven a televisión cada noite.

Tras regresar de Inglaterra traballa dando clases de inglés na casa da súa nai durante tres anos. Vaise a Canarias durante un par de anos, logo a Cataluña para finalmente regresar definitivamente a Galicia. Coa súa parella viviron en varias localidades da bisbarra, incluíndo unha tempada en Santiago para rematar residindo na casa familiar preto da súa nai.

Acudiu a Pérgola polos seus familiares: “para estar entretida e facer algo”. O último inverno volveu beber. O seu médico, Melón da USM de Esteiro, receitoulle ese medicamento que che fai rexeitar o alcohol. A súa enfermidade, unha Esquizofrenia Paranoide que coñece dende que veu a Pérgola, pero que non é capaz de describir debido á medicación; a súa enfermidade leva consigo alucinacións, mal humor, e sobre todo ela bebe cando non pode máis. Pasa longas tempadas sen facelo pero de súpeto, apetécelle e bebe.

ELADIA naceu en 1963 nunha parroquia rural da costa, sendo o único neno dunha parella de agricultores. A súa nai é a dona da casa onde o pai de Eladia veuse a vivir. Eladia viviu sempre cos seus pais, estudando primeiro na escola preto da casa familiar, e logo con varias veciñas onde aprendeu a coser. Os seus dous irmáns, que non padecen ningunha EMG, están casados “fora da casa”. As súas

cuñadas viven preto. Viven soas pois os irmáns de Eladia traballan fóra de Galicia. As fins de semana achéganse cos cinco sobriños. Eladia “só sabe” dun familiar afastado que tivese unha enfermidade como a súa.

A conversación con Eladia é complicada ao mesturarse os seus delirios na narración. Por exemplo, di nacer na súa casa, pero rapidamente cunha voz suave pasa a describir os pormenores dunha certeza coa que vive: un segundo nacemento ao ser adoptada nun das viaxes do seu pai. Pero, sen unha aparente relación, aclara que este segundo nacemento é imaxinario. Mestura constantemente fantasía, delirio, imaxinación, alusións relixiosas e realidade.

Estuda na escola parroquial ata rematar primaria. Non se lle daba moi ben, polo que os seus pais a envían a aprender costura cunha veciña. Pouco despois traballa como serventa en varias casas de Santiago e A Coruña. Non recorda ben os motivos pero remataron despedíndoa ou deixando ela os traballos. Normalmente por temas de malos entendidos ou por que a miraban mal. Ela di ser tímida, cústalle relacionarse e a xente o mira mal.

Cando tiña vinte e dous anos, di “montei unha revolución”. Comezaron os seus delirios de ser violada e maltratada, de ter un fillo que lle fora roubado e de ser vixiada - observada por tódolos seus veciños. Non ten moi claro que lle pasou. A súa nai mándaa a un médico “naturista, de herbas”. Este abusa dela, pois “dalle masaxes e bicos”. Vive entón varios ingresos ante a agresividade do seu comportamento. Repíteme varias veces ao longo dunha das nosas conversacións: “Non sei se ou contei todo ben, pero por favor, ¡ non métanme non manicomio outra vez “! “. Diagnostícanlle unha Esquizofrenia Paranoide o mesmo doutor da USM de Esteiro onde acode agora.

Dende hai nove anos levántase tódolos días para coller unha furgoneta, percorre corenta quilómetros en cada dirección, pasa cada mañá nun taller de costura e outras actividades, e volve para casa onde axuda á súa nai e coidar do seu pai cego e encamado. Quéixase de que os seus veciños non a entenden e mírana mal, por ser tímida. Cada tres meses, se non hai ningún cambio no seu ambiente familiar debido a algún empeoramento físico dos seus pais, acode ao seu psiquiatra na USM. Tivo a mesma medicación máis ou menos, di, dende o primeiro diagnóstico.

Non sufriu ningún ingreso nestes nove anos dende que está en Pégola, aínda que si períodos de stress coincidindo con cambios na situación familiar por enfermidades dos seus anciáns proxenitores. Nunha escola de Familias a súa nai relata o excitada que estivo Eladia durante a última semana. Ela sufrira unha caída e a rutina de Eladia modificárase. O día anterior o psiquiatra da USM recomendáralle un ingreso. Mariana trasladara a Eladia á consulta. Por iso ante a proposta de Melón falou rapidamente coa nai por teléfono. Esa mesma mañá a nai de Eladia “convencera a Melón”, di, de que se ía ocupar moito máis de Eladia. Suplicoulle non ingresásea, que por favor lle aumentase a medicación e xa vía como se poñía de novo ben. Durante as seguintes semanas Eladia non acudiu diariamente a Pégola.

ELISARDO naceu en 1968 nun núcleo de poboación próximo a Esteiro. Foi o único varón de catro irmás. Vive coa súa nai. Ten unha saúde delicada, con continuos problemas de costas e respiratorios. Vén diariamente aos talleres de Pégola a traballar no taller de Enmarcado, pero non lle gusta moito. Preferiría estar a traballar na horta coa súa nai, pois de estar sentado dóelle as costas. Elisardo fala moito sen escoitar o que lle di o seu interlocutor. Vai sempre limpo e arregladito, destacando entre os restantes usuarios. Ten un “aspecto virxinal”, con certo aire de acólito ou sacerdote. Dende hai uns meses deixou de vir “por problemas”, pois a súa nai non se atopa ben.

Elisardo estudou ata rematar a primaria, os estudos “non lle ían”, aínda que el tiña “moitas ideas” e quería “cambiar o mundo”. Comezou pronto a ter problemas físicos. Mirárono moitos médicos. Recorda a amiga dun alcalde famoso de Esteiro. Declaróuselle, di, pero a el esas cousas non lle interesaban. De cando en vez na nosa conversación comeza a falar dun “incidente” cun tío seu que vivía na casa. Di que xa lle pediu perdón, pero que “aquilo” lle afectou moito, probándolle moitos problemas de “nervios” que aínda hoxe ten.

ELISEO ten 28 anos (1979). Vive cos seus pais dende sempre nun pobo mariñeiro da costa cun núcleo urbano. Estudou ata case o final da EGB no pobo, pero deixouno porque non era o seu. Comezou a traballar na lonxa arrastrando caixas de peixes como estibador para unha empresa local dende os 13 anos ata os 17. Eliseo comeza entón a axudar no bar da familia ata que un ano despois embarca nunha lancha das que van e veñen no día a pescar. Na lancha comeza a pensar que todos o miran e se vai encerrando na casa sen falar con ninguén, “capeando o temporal”, di. Pero pouco despois xa non aguenta máis cando nota que os seus veciños lle falan a través das paredes, se asusta e vai por vontade propia os médicos tras contar que atopaba mal os seus pais e irmán.

Dende entón tivo sete ingresos, diagnosticáronlle unha Esquizofrenia Paranoide, e comezou a asistir a Pérgola tódalas mañás. Polas tardes axuda á súa nai a limpar portais. Di que non quere volver ao mar ou axudar no bar do seu irmán, porque iso non é o seu. En Pérgola, entre os usuarios, é de moi apreciado. Ten coche e as fins de semana achégase conducindo a Esteiro, capital da bisbarra, onde están os pisos tutelados da asociación. Adoitan ir a algúns sitios xuntos, visitándose mutuamente e pasando as tardes en compañía.

Eliseo é un home tranquilo, non moi falador, seguro do que di. Dificilmente podería atribuírselle unha EMG, e é dos únicos na asociación que conta con claridade a súa aceptación da enfermidade, sen gretas de dúbida, e unha gran tranquilidade. Cobra unha pensión polos anos traballados cotizando a seguridade social e a súa enfermidade. Di que a súa estabilidade se debe principalmente á súa familia e á axuda médica. O que máis lle preocupa é o seu futuro, pois os seus pais se van facendo maiores.

ELIAS naceu en 1959 nunha parroquia rural costeira. O seu pai estaba embarcado e a súa nai traballaba as terras da casa que herdaron. Elías é o segundo varón dunha familia de tres irmáns. O seu irmán está embarcado. A súa irmá vive preto cos seus sobriños, coida da enferma nai maior e del. Encárgase de darlle agora a Elías a medicación, administrarlle tamén o diñeiro da súa pensión e prepararlle as comidas. Un irmán menor está casado nunha vila próxima.

Elías criouse e educou na parroquia onde naceu. Deixou pronto a escola para traballar co seu pai, primeiro de peón de albanel. Chamábano “o touro”, porque era forte e cargaba con todo. Logo a embarco, viaxando nas máquinas de distintos buques por todo o mundo. Traballou como axudante de cociña no mesmo barco que o seu pai (mariñeiro) e o seu irmán menor (engraxador). Di que se sentiu por primeira vez mal cando tiña dezaioito anos.

Nun porto de Italia, mentres esperaba unha carta dunha noiva, sofre unha crise que hoxe non pode describir en detalle. Deus aparéceselle, levanta o barco cunha luz branca e fálalle. Elías mestura os tempos dos acontecementos coas certezas do seu delirio. A súa noiva matouse nun accidente de moto. Di que entón foi cando toleou. O seu pai envíaio á casa vía Barcelona, para que regresase coa nai. El queda en Cataluña, onde está unha tempada sen dar noticia na casa. Regresa tras un ingreso en Cataluña. O seu diagnóstico é dende hai anos de Esquizofrenia Paranoide. O médico pediulle os papeis para darlle unha pensión: “deume unha pensión, puf! 40000 pelas das de entón”⁹⁸⁹. O seu primeiro ingreso en Galicia foi tras unha detención. Andaba a dedo pola autoestrada entre Coruña, Vigo e Pontevedra. Enviárono a Conxo e coñece entón o doutor Melero. “Como me quería aquel”, di. Díxolle: “Ti non podes traballar máis na túa vida” e arranxoulle a pensión. “Non podo facer nada”, repíteme. En Conxo tratárono a corpo de rei. Cando botaron ao seu médico foi porque quixo ter relacións con el, cóntame con ton de confianza: “quería facer o amor comigo”. Di que lle citou no bar de en fronte, pero el a asusto e o médico acabou escapando para La Rioja.

Dende entón tivo bastantes ingresos. Recorda máis de dez en diferentes hospitais de Santiago, segundo a dispoñibilidade de camas, engade. Unha vez ingresárono por conducir unha moto nu, desesperado porque unha rapaza lle dixo que non o quería. O seu pai falaba, di, co doutor Melón da USM de Esteiro. En varias ocasións ingresárono porque o seu pai llo pedía ao psiquiatra. Fumaba moito hachix e probou algún tripi, facendo cousas raras. Dende que morreu o seu pai non tivo moitos ingresos. Comezou a acudir a Pérgola onde di “recibo moito amor e cariño”, “estou moi contento aquí”⁹⁹⁰.

Toma agora a súa medicación que “quitalle”, di, os delirios. Toma as pastillas porque se non, afirma, cae enfermo. Recorda perfectamente como falou con Deus, pois levantou o seu barco ata unha increíble luz onde lle dixo o que tiña que facer. Ninguén salvo el viu a Deus, nin na súa familia nin no mundo. Tras afirmar con certeza as súas conversacións con Deus, habemos de parar a nosa conversación para fumar.

Normalmente esperta cedo: hoxe dime que ás tres da mañá. Levanta a persiana, acende un pitillo. Hoxe foi ata a casa da nai a pedirlle máis cigarros porque se lle remataran e ela adminístrallos/llelos. Adóitase durmir outra vez ata que o espertador o saca da cama ás sete da mañá. Adóitase duchar en inverno, di, porque súa. A ducha non funciona e hoxe non se lavou. Adoita preferir a bañeira e darse un baño de auga quente. Sobe á furgoneta que lle recolle na estrada próxima cada mañá ás nove. Traballa nos talleres de pasta e bolsas de papel cada mañá. Participa nas distintas actividades da asociación cada día ao longo da semana. Adoita comer só porque regresa as tres, na súa casa o resto comeu á unha. Comen no garaxe onde teñen dúas mesas de plástico. Logo sae habitualmente a pasear co seu can pola praia e os montes de preto da súa casa. Pasea con algún veciño para acabar tomando algo, sempre sen

989 Elias 1: 10.

990 Elias 1: 12.

alcohol porque así díxollo/llelo Melón, aínda que a el lle gustaba o café cunhas gotas de whisky. Cando regresa á casa a súa cuñada e a súa irmá lle ten todo feito. Come un bocadillo de chopper, toma as pastillas que lle teñen preparadas. Non sabe o que toma: algún inxectable, algunha cousa que ten que beber, e unhas pastillas para durmir. Danlle seis euros semanais que el adoita gastar en tabaco, aínda que non lle chega pois fuma dous caxetillas ao día. A súa irmá e nai adminístranlle a pensión, pagando as cotas e o transporte de Pégola. Como vive só nunha casa, adóitase deitar cedo. Ás veces ás cinco da tarde. Di, que porque necesita descansar. Nos días malos de inverno ás cinco da tarde, e en verán está fóra ata as sete ou as oito. As fins de semana pásaos encerrado no seu cuarto, escoitando música. Di que antes adoitaba ir a misa, comulgaba e todo. Agora non vai, pero non sabe porque. A súa nai está ocupada, quizais por iso non vai. Pero el fala con Deus e coa virxe tódolos días, tódolos días, repite.

Vén a Pégola porque non quere estar a durmir todo o día na casa. Hoxe vive só casa preto da súa irmá, preto da súa nai, no mesmo núcleo rural onde naceu. Cobra unha pensión non contributiva. Gástaa en pagar Pégola, en comida, nalgún café, e sobre todo en tabaco. Esta sempre inqueda sen ser capaz de permanecer sentado máis de vinte minutos. Repite unha e outra vez as mesmas contestacións. O seu humor é sempre afable, cun permanente sorriso e un cigarro na man. Non é capaz de articular frases longas, as que pronuncia lánzaas ao aire con certa présa, cambiando rapidamente a mirada de sitio. Utiliza un retrouso coa que saúda, se despide ou simplemente inclúe en calquera momento no seu diálogo con outros: “OK boy”.

Durante os catro anos asistiu ás miñas clases de inglés e filosofía cada xoves en Pégola. Normalmente non aguanta máis de dez minutos sentado. Levántase educadamente pedindo permiso para fumar ou tomar un *almax*, ao mesmo tempo que frega con cara de dor a barriga. En cada clase, en calquera momento, me pregunta sempre dúas cousas: “¿ canto se tarda en aprender inglés “? y “¿ canto te levou aprender a ti “? “. Pouco despois lanza dúas afirmacións cunha profunda convicción: “Temos que aprender inglés dende o principio: a, e, i, ou, ou...”, e “ a Miña sobriña fala inglés perfectamente”. Inmediatamente marcha coa excusa de ir ao baño, máis ben a fumar. De cando en vez faime, cando nas nosas clases sae algún tema relixioso, algunha pregunta: “¿Adán e Eva, realmente existiron?”, “¿Porque existen tantas linguas? É polo da Torre de Babel?” As miñas contestacións non afectan en absoluto as súas preguntas, que inevitablemente se repiten cada semana.

PABLO ten cincuenta anos, é un recién chegado a Pégola (2008). Naceu, estudou e criouuse nun pobo costeiro próximo a Esteiro. Deixo a primaria para traballar de Peón, pero primeiro pasou por unha escola internado en Coruña. O mestre pegaba a outros alumnos, pero non el. Ten certo Atraso Mental segundo consta na súa ficha médica. Pablo vive cos seus pais dos que non fala moito. Tivo infinidade de ingresos. Agora chegou a Pégola porque a asociación onde estaba, non xa lle podían ensinar nada.

PANCHO ten vinte e nove anos. É toxicómano e leva dez anos a tratamento con metadona na Unidade de Drogodependencias de Esteiro. Ten ademais un diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. Conta como na escola lle ía ben. Foi precoz sexualmente, gustáronlle pronto “chavalitas”. A súa única irmá ten tamén Esquizofrenia, aínda que ela traballa normalmente, dime. Vén a Pégola dende 1997, pero non foi continua a súa participación. Os ingresos e as recaídas nas drogas xustifican esas ausencias.

Como non se lle daban ben os estudos o seu pai levouno con el a Suíza. Estivo tres anos traballando primeiro nunha obra co seu pai, e despois en varios empregos pola súa conta. En todos o acaban botando por non ir polas mañás e quedar durmido no traballo. En Galicia xa consumira cocaína e heroína. En Suíza fumaba moito hachix, pois a heroína era difícil de comprar e a cocaína carísima. Viviu primeiro co seu pai, pero por “discusións” con el rematou só nun piso e nas casetas para os traballadores da construción. Recordaba como roubaba nos supermercados porque todo o diñeiro se lle ía en droga. Nunha ocasión pillárono e o seu pai tivo que acudir. A policía expulsouno de Suíza por aquel incidente ao descubrir a súa falta de documentación e por traballar sen contrato.

En Galicia veuse a vivir coa súa nai. Tiña un coche que acabou encaixando unha noite contra un terraplén ao pecharlle a súa nai o portalón de saída e intentar saír marcha atrás. Dende entón non traballou, vive dunha Pensión non contributiva cos informes médicos da USM e a Unidade de drogo dependías. Pancho tivo multitude de ingresos nos últimos anos, pasando tamén pola asociación “Home de desintoxicación”. “Aquilo non era a meu”, confésame. “Vixiábanche demasiado”, engade. Esta última tempada mantívose estable, deixando atrás os roubos na casa da súa nai, coa medicación do doutor Melón e a metadona. Esta sempre inqueda, cun formigo constante que lle impide estar moito tempo sentado no taller ou nas clases de inglés (da súa época de Alemaña fala e entende alemán e italiano, aínda que non é capaz de ler nin escribir ningún destes idiomas).

Usuarios de Pégola non entrevistados directamente.

Describo brevemente os datos un dos restantes usuarios da vida diaria de Pégola. Este como exemplo dos datos que teño dos que expoño simplemente unha lista a continuación.

PASTOR acode a Pégola da man do seu pai traballador da construción en Nova Xersei. Tróuxoo de Estados Unidos porque alá estaba nervioso, non paraba quieto. Alá dixerónlle ao pai, tras unha primeira revisión médica e unha derivación ao psiquiatra, que se volvía para a Galicia curábase. Tróuxollo entón a vivir coa nai, mentres o pai remataba o seu traballo á espera dunha pronta xubilación. Pastor non ten máis de trinta anos. Síntase tranquilo cada mañá nos talleres polos que vai pasando, sen molestar e sen falar demasiado. É un recién chegado.

Mercedes, a directora de Pégola, di con ironía que o pai cree que Pastor ten un catarro de doado cura. Pastor ten un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide. Vén derivado da USM de Esteiro polo doutor Melón, coa súa medicación e a recomendación de participar das actividades de Pégola.

O resto da lista que nomeo a continuación son usuarios de Pégola dos que ao longo da investigación logrei datos significativos. Todos eles participaron activamente na asociacións os últimos catro anos, aínda que algúns non sigan na actualidade. Os seus nomes aparecen no corpo desta tese tomando datos das miñas anotacións e cadernos de notas. Nalgúns casos inclúo algunha referencia para facilitar a contextualizar as alusións que sobre eles aparecen ao longo da tese: PAULA, PONCIO, PLINIO, EDELMIRA, PÍO, PAUL, PELAYO, PACA (Esquizofrenia, deteriorada), PERPETUO (caso xudicial, expulsado de Pégola tras ruptura dunha lúa), PASTOR (Cadeira de rodas), PABLO, EREA, EUGENIO, EVARISTO, PABLO, EVARISTO, PASTOR, EVA, ERNESTA, EPI, EUSEBIO, EPIFANIO, EUSEBIO, PEDRO, PABLO, PIEDADE, PETUNIA e PEDRO (pirómano; caso xudicial remitido a Pégola tras ingreso; historia de varios intento na asociación).

Suman vinte e oito usuarios máis, tanto da sede da asociación en Esteiro como do seu local en Navia, aos entrevistados directamente. Os meus datos sobre eles son menos completos, froito do intercambio de información durante a investigación.

Lista resumen de los 223 usuarios de Pégola.

N. reg.	nombre	Año nacimiento	Año entrada Pégola	Pensión	Porcentaje	Diagnóstico
1		1961	1995	Prestación Familiar	66	Esquizofrenia Hebefrénica
2		1968	1995	Pensión Non Contributiva	75	Esquizofrenia Hebefrénica
3		1960	1995			Esquizofrenia Hebefrénica
4		1963	1995	Pensión Familiar	75	Psicosis Catatónica Paranoide
5		1968	1995	Pensión Familiar		Esquizofrenia Paranoide
6		1969	1995	Pensión Familiar	68	Esquizofrenia Paranoide
7	Elisardo	1968	1995	Pensión Familiar	72	Esquizofrenia Paranoide
8		1970	1995	Pensión Familiar	65	Esquizofrenia Hebefrénica, Paranoide
9	Paula	1964	1995	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Indiferenciada
10		1961	1995	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
11		1973	1995	Prestación Familiar	65	Esquizofrenia Paranoide
12		1977	1995	Prestación Familiar	66	Esquizofrenia
13		1965	1995	Prestación Familiar	65	Debilidad Mental. Epilepsia
14		1960	1995	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
15	Edson	1958	1995	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
16		1969	1995	Invalidez	66	Trastorno Personalidad
17			1995			Parálisis Cerebral
18		1972	1995	No tiene pensión		Distimia
19		1962	1995	Pensión		Trastorno Esquiz. De la Personalidad
20		1973	1996	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Límite Personalidad. Trastorno de Conducta en Personalidad Psicofantilloide
21			1996	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
22		1964	1996	No tiene		
23	Poncio	1962	1996	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Hebefrénica
24		1967	1996	Pensión Non Contributiva	75	Trastorno Esquizoafectivo tipo depresivo
25		1958	1996	Pensión Militar Privada		Esquizofrenia Paranoide
26		1976	1996	Prestación Familiar	66	Trastorno Depresivo Recurrente. Neurosis
27		1974	1996	Pensión Non Contributiva	68	Regresiva con síntomas psicóticos
28		1951	1996	Pensión Non Contributiva	66	Esquizofrenia Paranoide
29		1968	1996	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno de Conducta. Trastorno de la Personalidad. Parálisis Cerebral
30		1962	1996	Pensión Non Contributiva	67	Trastorno Psicótico Agudo. Epilepsia
31		1970	1997	Prestación Familiar		Psicosis Esquizofreniforme
32		1980	1997	No pensión	0	Trastorno de Conducta
33		1969	1997	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Límite Personalidad. Capacidad Intelectual Límite
34	Plinio	1972	1997	No Pensión		Trastorno Personalidad. Distimia
35		1975	1997	Pensión	100	Epilepsia
36		1965	1997	Pensión Non Contributiva	66	Esquizofrenia Paranoide
37	Edelmira	1961	1997	Pensión Non Contributiva	66	Esquizofrenia Paranoide
38		1957	1997	Prestación Familiar + Pensión Orfandad	91	Esquizofrenia Paranoide
39		1950	1997	Pensión Non Contributiva	75	Trastorno Psicótico de Comienzo Tardío Inducido por Alcohol
40	Elena	1968	1997	Pensión Non Contributiva	75	Trastorno Límite de la Personalidad
41		1975	1997	Pensión Non Contributiva	68	Trastorno Obsesivo Compulsivo
42		1973	1997	No pensión		Esquizofrenia Paranoide
43		1957	1997			Retraso Mental
44		1979	1997			Trastorno Límite de la Personalidad

N. reg.	nombre	Año nacimiento	Año entrada Pégola	Pensión	Porcentaje	Diagnóstico
45		1943	1997	Pensión Non Contributiva (Beneficencia)	65	Esquizofrenia Paranoide
46		1958	1997	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia
47		1959	1997	Baja		Trastorno Psicótico
48	Edelmira María	1959	1997	Pensión Non Contributiva	66	Psicosis Paranoide
49		1945	1997	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Residual
50	Pancho	1977	1997	Pensión Non Contributiva	70	Trastorno Psicótico inducido por sustancias psicoactivas. Esquizofrenia Indiferenciada
51		1937	1997			Psicosis Alcohólica. Alcoholismo Crónico
52		1965	1997			Esquizofrenia Paranoide
53	Paúl	1958	1997	Pensión Non Contributiva Orfandad	65	Esquizofrenia Paranoide
54		1959	1997	Pensión Non Contributiva		Esquizofrenia Tipo Desorganizado
55			1997	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Simple
56		1965	1997			Esquizofrenia
57		1938	1997			Esquizofrenia
58		1961	1997			Esquizofrenia Paranoide
59		1968	1997	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia
60		1952	1998	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Nerviosa
61		1958	1998	Pensión Non Contributiva	650	Psicosis Alcohólica. Alcoholismo
62		1961	1998	Invalidez	100	Esquizofrenia Paranoide
63		1973	1998	Pensión Non Contributiva	67	Trastorno Obsesivo Compulsivo. Trastorno de la Personalidad
64		1969	1998			Esquizofrenia Paranoide
65	Pelayo	1960	1998	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
66		1964	1998			Bipolar
67		1982	1998	Pensión Non Contributiva	66	Trastorno del Comportamiento. Retraso Mental Leve
68		1948	1998	Pensión Non Contributiva	65	Epilepsia
69		1964	1998	Non ten	0	Trastorno de la Personalidad
70		1957	1998			Esquizofrenia Paranoide
71		1958	1999	Pensión Non Contributiva	95	Esclerosis. Epilepsia. Deficiencia Mental Media
72		1955	1999	Pensión Non Contributiva	65	Bipolar
73		1933	1999			Depresión
74		1977	1999	Non ten		Trastorno Límite de la personalidad
75	Piedad	1955	1999	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia
76		1982	1999	Pensión Non Contributiva	67	Trastorno de la conducta
77	Petunia	1970	1999	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Indiferenciada
78		1930	1999			Demencia debido a T.C.E.
79		1971	1999			Trastorno Psicótico Agudo
80		1965	1999	Pensión Non Contributiva	70	Retraso Mental
81	Pedro	1972	1999	Gran Invalidez	100	Esquizofrenia Paranoide
82		1958	1999	Invalidez	100	Esquizofrenia Paranoide
83	Pastor	1972	1999	Pensión Non Contributiva	68	Esquizofrenia Paranoide
84		1961	2000			Trastorno Psicótico Agudo con Ideas delirantes
85	Eladia	1963	2000	Pensión Non Contributiva	66	Esquizofrenia Indiferenciada
86	Pablo	1980	2000	Minusvalía Física Orfandad	45	Deficiencia Visual y de la Motricidad fina por accidente de tráfico
87	Pedro	1961	2000	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
88		1948	2000			Parafrenia Fantástica
89		1972	2000			Neurosis Ansiedad
90		1968	2000	Pensión Non Contributiva	72	Trastorno Comportamiento y Retraso Mental Medio

N. reg.	nombre	Año nacimiento	Año entrada Pégola	Pensión	Porcentaje	Diagnóstico
91	Eusebio	1964	2000	Minusvalía	65	Esquizofrenia Paranoide
92		1968	2000	Pensión Non Contributiva	66	Esquizofrenia Paranoide
93		1950	2000	Incapacidad laboral Temporal		Neurosis depresiva
94	Eliseo	1979	2000	Incapacidad Laboral Permanente	52	Esquizofrenia Paranoide
95		1978	2000			Esquizofrenia Indiferenciada
96		1971	2000	Pensión Non Contributiva	65	Bipolar
97		1971	2000			Esquizofrenia
98		1968	2000			Esquizofrenia
99		1978	2000	Pensión Non contributiva	66	Esquizofrenia. Retraso Mental Ligero
100		1962	2000			Trastorno Paranoide
101		1950	2001			Distimia
102		1946	2001			Distimia
103		1935	2001	Pensión Non Contributiva	78	Bipolar
104	Eusebio	1981	2001	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Personalidad Limite. Retraso Mental
105		1953	2001	Incapacidad Laboral absoluta	100	Bipolar
106		1962	2001	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Mixto de la Personalidad
107	Edmundo	1980	2001	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Indiferenciada
108	Epi	0	2001		0	
109	Eduardo	1958	2002			
110	Epi	1969	2002	Pensión Non Contributiva	68	Retraso Mental Leve. Epilepsia F07.0
111		1958	2002			Factores que afectan al estado físico
112		1976	2002	Pensión Non Contributiva	67	Esquizotípico
113		1952	2002	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
114		1960	2002	Invalidez Permanente	100	Trastorno Esquizoafectivo
115		0	2002			Neurosis
116		0	2002			USM Santiago deriva para informe
117						
118		0	2002	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide. Obesidad Exógena
119	Ernesta	1966	2002	Suiza Pensión Non Contributiva	67	Esquizofrenia Paranoide
120	Eva	1955	2002	Incapacidad Laboral		
121		1974	2002	Pensión Viudez	67	Esquizofrenia Simple
122		1973	2002			
123	Pastor	1962	2002			Trastorno Mixto Personalidad
124		1971	2002			
125		1970	2002			
126		1982	2002			
127		1972	2002			
128		1957	2002			Esquizofrenia
129	2002	1965	2002	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
130		1979	2002	Pensión Non Contributiva	65	Parálisis Cerebral
131		1973	2002			Trastorno Inestabilidad emocional de la Personalidad tipo compulsivo
132		1957	2002	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia
133		1963	2003	Pensión Non Contributiva	66	Alcoholismo. Trastorno Personalidad Limite
134		1984	2003	Pensión Non Contributiva	67	Esquizofrenia Precoz
135		1977	2003	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
136		1982	2003	Pensión Non Contributiva	68	Esquizofrenia Paranoide

N. reg.	nombre	Año nacimiento	Año entrada	Pérgola	Pensión	Porcentaje	Diagnóstico
137		1959	2003		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia simple. Diabetes
138		1987	2003				Psicosis Psicógena
139		1977	2003		Orfandad	33	Esquizofrenia Simple
140		1943	2003		Invalidez	100	
141		1972	2003		Non ten	0	Trastorno Personalidad
142		1974	2003		Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Personalidad con alcoholismo
143		1986	2004				
144	Eladio	1974	2004		Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Psicótico
145		1960	2004				Psicosis Esquizoide
146		1961	2004		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
147		1949	2004				Trastorno Personalidad
148		1970	2004		Pensión ayuda familiar		Episodio Depresión Moderada
149		1968	2004				Epilepsia
150		1966	2004		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
151		1982	2004		Pensión Non Contributiva	45	Esquizofrenia Paranoide
152	Pablo	1972	2004		Pensión Non Contributiva	67	Trastorno Esquizoafectivo tipo bipolar.
153		1985	2004		Pensión Non Contributiva	68	Dependencia alcohólica
154		1979	2004				Trastorno Grave Personalidad
155		1949	2004				Esquizofrenia Indiferenciada
156		1963	2004		Pensión Non Contributiva	68	Esquizofrenia Residual
157		1975	2004		Pensión Non Contributiva	68	Trastorno Límite Personalidad
158	Edith	1968	2004		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
159		1983	2004				Trastorno Psicótico
160		1974	2004			40	Esquizofrenia Paranoide
161		0	2004				Epileptoide
162			2004				
163	Eugenio	1953	2004		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Hebefrénica
164		1969	2004		Pensión Non Contributiva	68	Esquizofrenia Hebefrénica
165		1983	2004		Pensión Non Contributiva	68	Trastorno disociativo de conversión (somatización)
166		0	2004				Esquizofrenia Paranoide
167		1979	2004				Esquizofrenia Indiferenciada
168		1971	2004		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
169		1968	2005		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Indiferenciada
170		1956	2005		Pensión Familiar Orfandad	65	Esquizofrenia Simple
171		1959	2005		Pensión	67	Trastorno Ideas Delirantes Persistentes
172		1975	2005		Pensión	65	Psicosis Esquizofreniforme
173		0					
174		1962	2005		Pensión Non Contributiva	78	Debilidad Mental. Psicosis Injertada
175		1973	2005		Pensión Non Contributiva	78	Trastorno Orgánico Personalidad
176		1981	2005				Posttraumático con secuelas neurológicas
177		1982	2005				Esquizofrenia Paranoide
178		1945	2005				Trastorno Orgánico Personalidad
179		1965	2005		Incapacidad Laboral	52	Esquizofrenia Crónica
180	Evaristo	1950	2005		Incapacidad laboral	65	Esquizofrenia
181		1943	2005		Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
182		0	2005			65	Trastorno Obsesivo Compulsivo
							Esquizofrenia

N. reg.	nombre	Año nacimiento	Año entrada Pégola	Pensión	Porcentaje	Diagnóstico
183	Evaristo	1946	2005	Pensión Non Contributiva	67	Alcoholismo crónico. Psicosis alcohólica
184		1967	2005			Esquizofrenia Paranoide
185		1979	2005			Trastorno Obsesivo Compulsivo. Trastorno Esquizoide Personalidad
186		1964	2006			
187		1981	2006			Esquizofrenia Paranoide. Abuso Drogas sin dependencia (cannabis)
188		0	2006			Esquizofrenia Latente
189		1950	2006			Trastorno Paranoide Personalidad. Trastorno Obsesivo Compulsivo. Psicosis Delirante Crónica. Secuelas traumatismo craneoencefálico tras accidente en 1971
190		1988	2006			Trastorno Disocial. Trastorno Déficit atención con Hiperactividad
191		1969	2006			Trastorno Inestabilidad Emocional de la Personalidad. Reacción de adaptación con sintomatología ansioso depresiva. Consumo perjudicial multitóxico
192		1968	2006	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia
193		1968	2006			Esquizofrenia Simple
194			2006	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide. Consumo tóxico
195		1987	2006		76	Esquizofrenia. Trastorno Personalidad. Sordera
196						
197	Erea	1966	2006	Invalidez Laboral	41	Trastorno Inestabilidad Emocional de la Personalidad. Consumo Perjudicial Alcohol
198		1959	2006	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Esquizaafectivo
199	Pablo	1965	2007	Pensión Non Contributiva	67	Retraso Mental Moderado. Trastorno Personalidad Inespecifico
200	Pastor	1959	2007	Pensión Non Contributiva	65	Epilepsia
201	Perpetuo	1976	2007	Pensión Non Contributiva	65	Trastorno Esquizotípico. Retraso Mental
202		1958	2007	Pensión contributiva		Esquizofrenia Paranoide
203		1951	2007	Pensión en trámites	65	Trastorno Conducta
204		1971	2007	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia Paranoide
205	Paca	0	2007	Pensión en trámites	65	Trastorno Esquizaafectivo
206		0	2006			Trastorno Obsesivo Compulsivo. Trastorno Psicótico Delirante
207		1971	2006	Pensión Non Contributiva	81	Bipolar
208		1987	2006			Down
209		1965	2007	Pensión Non Contributiva	65	Distinia. Trastorno Mixto Personalidad
210		1965	2007	Pensión	97	Esquizofrenia Indiferenciada
211		1977	2007	Pensión Non Contributiva	81	Trastorno Esquizofreniforme orgánico. Trastorno Orgánico de la Personalidad
212		1979	2007	Incapacidad Laboral Permanente	41	Trastorno Ideas Delirantes
213		1948	2007			Esquizofrenia
214		1962	2007			Esquizofrenia Simple
215	Efrén	1956	2007	Pensión Non Contributiva	66	Bipolar
216	Edelmira	0	2007	Pensionista		Trastorno Personalidad Mixto. Dependencia Opiáceos
217		1959	2007	Pensión Contributiva	69	Trastorno Delirante Crónico
218		1958	2007	Pensión Non Contributiva	71	Trastorno Obsesivo Compulsivo. Trastorno Delirante
219		1976	2007	Pensión Non Contributiva	74	Retraso Mental Moderado con alteraciones conductuales. Trastorno Esquizofreniforme orgánico
220		1969	2007		53	Trastorno Personalidad Ansioso Depresiva
221	Peregrina	1962	2008	Pensión Non Contributiva	65	Esquizofrenia. Alcoholismo
222	Pablo	1959	2008			Esquizofrenia. Depresión. Retraso Mental Leve
223	Pastor	0	2008			Esquizofrenia

Grupos discusión en Coruña: enfermos na unidade saúde mental.

Usamos os datos de dous grupos de discusión de enfermos nunha Unidade de Saúde Mental en A Coruña⁹⁹¹. Os enfermos acoden ao grupo de discusión de forma voluntaria. Cada grupo dialoga guiado por un moderador (Juan Luis Pintos) durante unhas dúas horas sobre a cronicidade na saúde mental. As conversacións son gravadas, transcribidas e analizadas. Os dous grupos suman un total de quince pacientes cun longo historial de diferentes diagnósticos, ingresos e opcións terapéuticas de diversas escolas. Cítanse estes dous grupos de acordo coas seguintes claves:

1. Grupo Discusión Pacientes 1 (1GDP 1-8): oito pacientes.
2. Grupo Discusión Pacientes 2 (2GDP 1-7): sete pacientes.

Usuarios USM Santiago.

TONECHOS: TONECHO, EULALIA, EUGENIA E ERNESTO. Familia de Esquizofrénicos nos arredores do Argo. As dúas mulleres (Eulalia e Eugenia) viviron nunha cela doméstica ata a morte do pai do actual cabeza de familia, Tonecho (aparentemente sen diagnóstico psiquiátrico). Os tres ocúpanse das vacas do núcleo familiar e da Casa. Ernesto, tamén esquizofrénico e fillo de Eulalia, vive nunha casa un pouco afastada, suicida e descoidada, pero pasa a maior parte do tempo vagabundeando.

Usuarios USM2.

EMILIO. Profesor interino do ensino público con problemas psicóticos. Os seus síntomas se acrecentan ao achegarse o período anual das oposicións. Agrediu a súa última noiva e unha descocida na rúa, está pendente da sentenza xudicial.

Pacientes, enfermos, tolos usuarios. Datos secundarios.

Paz Ponte Greene⁹⁹², a mesma Paz Bipolar das entrevistas antes descritas escribiu unha novela, relativamente “autobiográfica”. Nela fai unha lectura literaria da experiencia de sufrir unha desorde alimentaria.

Miguel González, alcumado **Urbegui**⁹⁹³ publica en dous libros. O primeiro é o seu diario con datos sobre a súa vida con esquizofrenia no País Vasco. O segundo, ante o éxito que tivo o primeiro, é un diario de viaxe da súa peregrinación a Santiago de Compostela.

García Badaracco⁹⁹⁴ presenta a autobiografía, cun enfoque psicoanalítico freudiano, da súa Esquizofrenia en Bos Aires durante os anos 60 e 70. Céntrase especialmente nas súas relacións co seu psicanalista, na chamada transferencia e contra transferencia.

Bert Kaplan⁹⁹⁵ recompila cun comentario previo unha longa colección de testemuños en primeira persoa de EMG cunha pequena recensión introdutoria para cada un. Dende a loucura dunha sala dun internado nos anos corenta ata a historia dunha esquizofrénica nos seus sucesivos internamentos describe como reza o seu título os “mundos internos da EM”.

Joanne Greenberg (1964) escribe a autobiografía da súa viaxe pola Psicose dende un punto de vista literario, nos anos 40 e 50 nos EE. UU. Narra a crueza da súa estancia nun Hospital Psiquiátrico na época.

Susan Sheehan (1982), xornalista, conviviu cunha esquizofrénica nun Hospital dos EE.UU. para presentar un libro no que conta, en primeira persoa, as súas experiencias coa EMG. A súa historia é triste e repetitiva, con entradas e saídas constantes de distintas institucións psiquiátricas. Describe perfectamente a monotonía e o cansazo de vivir cuns síntomas sicóticos permanentes que nunca desaparecen.

William Styron⁹⁹⁶ publicou en 1990 un relato autobiográfico sobre a súa Depresión. Este escritor presenta a súa viaxe pola depresión cun rico vocabulario para falar do seu problema. Analiza a escuridade opaca dende a que observaba o mundo na súa Depresión. Céntrase especialmente nas contradicións que viviu e a evolución da conciencia do seu propio problema.

991 Os datos destes grupos de discusión, como no caso dos grupos de discusión que se citarán máis adiante de cuidadores, psicólogos e familiares forman parte dunha investigación financiada polo SERGAS sobre a cronicidade. Pueden consultarse a memoria presentado para esa investigación en: Pintos-Rei-Marticorena 2004, colgada en <http://www.usc.es/cpoliticlas/mod/book/view.php?id=780>.

992 Ponte 1999.

993 González (Urbegui) 2001, 2004.

994 Badaracco 1982

995 Kaplan 1964.

996 Styron 1991; hai tradución ao castelán: Styron 2001.

Patty Duke⁹⁹⁷, estrela da televisión estadounidense, publica en colaboración co seu terapeuta un relato centrada no sentido da súa experiencia como maniaco depresiva (“And Illness? Thanks God “!⁹⁹⁸).

Susanna Kaysen⁹⁹⁹ escribiu unha autobiografía centrada na súa experiencia nun hospital psiquiátrico cun diagnóstico de Trastorno de personalidade limítrofe. Sobre esta novela hai unha versión cinematográfica de 1999 dirixida por James Mangold e protagonizada por Winona Ryder e Angelina Jolie¹⁰⁰⁰. Céntrase, a película, na rebeldía da protagonista contra o sistema sanitario.

Emily Martin¹⁰⁰¹ dende unha perspectiva antropolóxica ofrece un percorrido polas biografías de enfermos cun diagnóstico de enfermidade bipolar. No seu libro argumenta que os dous polos desta enfermidade, especialmente as fases de manía, coa súa gran produtividade, “casan” ben co estilo de vida americano moderno.

Cronkite¹⁰⁰² presenta un bo número de entrevistas con personaxes famosos de distintos ámbitos (cinema, literatura, política. ...) en EEUU, o punto de encontro común é sufrir unha depresión maior. A autora une o seu propio testemuño ao dos entrevistados coa clara intención de mostrar que tamén entre o grupo dos envexados socialmente existe a enfermidade mental.

Lori Shiller¹⁰⁰³ escribe unha autobiografía, en colaboración co seu psiquiatra (Amanda Bennett), sobre as súas experiencias coa esquizofrenia en Nova York.

Martha Manning¹⁰⁰⁴ escribe a súa autobiografía como psicoterapeuta cunha depresión nos EEUU durante os anos 80 e 90.

O antropólogo **David Karp**¹⁰⁰⁵ sofre de depresión crónica. Como antropólogo e enfermo presenta neste libro un estudo dos grupos de auto axuda en varias cidades de EEUU, facendo unha magnífica descrición do proceso biográfico ao ter que enfrontarse a unha enfermidade mental.

Cameron West¹⁰⁰⁶ ofrece no seu libro a autobiografía dun doutor en psicoloxía norteamericano con personalidade múltiple. O libro logra transmitir perfectamente a sensación de vivir nun constante cambio de personalidade, facendo un completo percorrido por esa experiencia.

Andrew Solomon¹⁰⁰⁷ sofre de depresión, presenta no seu libro entrevistas e datos biográficos de moitos enfermos como el. O seu libro está construído para botar luz sobre esta enfermidade, eliminar o estigma que leva consigo e mostrar o pouco que sabemos sobre ela.

Behrman¹⁰⁰⁸ cóntanos a súa historia ao vivir cunha manía permanente. A súa vida acelerada no mundo da arte, viaxando permanentemente polo planeta á caza de pintores, pinturas e negocios especulativos. A forma de narralo logra transmitir perfectamente a frenética manía que vive o autor.

Cathy Wield¹⁰⁰⁹ é un médico británico cunha longa e incurable depresión durante un período de 7 anos nos anos 80 e 90. A solución descrita con normalidade é a neurociruxía, nárraa como unha grande disputa ata conseguir ser operada e o éxito, curación desta.

Mercé Torretallé Roscapana¹⁰¹⁰ esquizofrenia que no libro narra a súa experiencia coa enfermidade, coas súas fillas e coas diferentes terapias que lle foron axudando (a pintura especialmente).

997 Duke-Hochman 1992.

998 Duke 1992: 1.

999 Kaysen 1994.

1000 Mangold 1999.

1001 Martin 2007.

1002 Cronkite 1994.

1003 Shiller-Bennett 1996.

1004 Manning 1996

1005 Karp 1996

1006 West 1999

1007 Solomon 2001

1008 Behrman 2002

1009 Wield 2006.

1010 Roscapana 2008 (2007).

Pacientes. Cadro resumo bibliografía secundaria.

Referencia	País procedencia	Diagnóstico	Hospitalizacións	Medicación- terapia	Marco temporal	Comentarios
Urbegui 2001, 2004	España, Euskadi	Esquizofrenia	Múltiples		90-2004	Diario (2001) Peregrinación Santiago (2004)
Ponte 1999	España	Desorde alimentación			90	Recreación literaria
García Badaracco 1982, 2005	Arxentina	Esquizofrenia	Múltiples	Psicanálise	60-70	Psicanalista narrador
Wield 2006	Inglaterra	Depresión	Múltiples	Pastillas, terapia, electroschoke, cirurxía	89-2000	Médico, Neurocirugía en Escocia. Autobiografía, diario
Kaplan 1964	EEUU, UK	D. diversos	Se	Todas	40-50	Recompilación escritos testemuños EMG
Greenberg 1964	EEUU	Psicótica	Vida en hospital		50-60	Autobiografía
Spiro 2005	EEUU	Esquizofrenia	Múltiples		60-2000	Dúas irmas narran historia da e. dunha
Styron 1991, 2001	EEUU	Depresión		Medicación, electroschockes, terapia	1985...	Literaria, opacidade dende a que narra.
Duke-Hochman 1992	EEUU	Bipolar		Litio	60-80	Actriz, autobiografía co seu psiquiatra
Kaysen 1994, 1999	EEUU	Personalidade limítrofe	Múltiples		60-70	Autobiográfica, literaria, levada cinema, vida en hosp. privado
Behrman 2002	EEUU, Nova York	Manía (frenesi)			90	Autobiografía
West 1999	EEUU	Personalidade Múltiple	Múltiples		80-90	Autobiografía, familia
Sheeham 1982	EEUU	Esquizofrenia	Moitas	Cropomazina	70-80	Xornalista biografía con diario de enferma
Schiller-Bennet 1982, 1996	EEUU, Nova York	Esquizofrenia	Múltiples		70-90	Biografía con axuda psiquiatra e familia
Manning 1995	EEUU	Depresión			90	Psicóloga, centrada en psicoterapia
Redfield Jamison 1995 (1994, 2000, 2004)	EEUU, Nova York	Bipolar	Varias	Litio	80-90	Psicóloga, Psiquiatra autobiografía
Cronkite 1995	EEUU	Depresión			70-90	Autobiografías famosos recompilación
Karp 1996	EEUU	Depresión		Litio....	80-90	Sociólogo con depresión, etnografía
Salomon 1996, 2003	EEUU	Depresión			90	Manual autoaxuda con testemuños
Martin 2007	EEUU	Bipolares	Varias	Litio	90	Antropológa

Táboa7 Bibliografía secundaria Pacientes

Testemuños vida en institucións psiquiátricas.

F.L.Covan e C. Hahn¹⁰¹¹ presentan as experiencias nunha sala dun dos máis famosos hospitais da costa este dos EE.UU.

Utilicei ademais os **libros de casos** dos máis coñecidos manuais de diagnóstico en psiquiatría: o **DSM IV**¹⁰¹², e o libro de casos do **CIE-10**¹⁰¹³. Tamén manexei un dos libros de casos clínicos dun dos manuais máis usados en España, o do psiquiatra **Vallejo Ruiloba**¹⁰¹⁴. Así como o libro de casos máis antropolóxico relacionado co DSM-IV publicado polo antropólogo Arthur **Kleinman**¹⁰¹⁵.

Goffmann¹⁰¹⁶ en o seu clásico sobre a vida dos internos nunha institución total describe as claves dunha perspectiva sociolóxica importante. Moitos dos seus datos abordan a historia da biografía dun interno nun hospital psiquiátrico nos anos 50 e 60 nos EEUU.

Sue Estroff¹⁰¹⁷ describe unha institución psiquiátrica e o seu funcionamento en Madison, Wisconsin. Céntrase, dende unha perspectiva de antropoloxía médica, nas vidas dos enfermos mentais dados de alta neste hospital.

Denise Jodelet¹⁰¹⁸ fixo a súa investigación en Francia, nunha zona interior agrícola onde se estableceu unha comunidade de atención a enfermos mentais.

Muxe Berger¹⁰¹⁹ xa citada por un libro sobre o seu irmán bipolar, presenta xunto con Alexander Vuckovic, psiquiatra especializado en psicofarmacoloxía, a historia da vida nun hospital prestixioso en Boston, EEUU: McLean.

¹⁰¹¹ Covan-Hahn 1994.

¹⁰¹² Frances-Ross 1999 e Spitzer 1996.

¹⁰¹³ Üstün 1999.

¹⁰¹⁴ Vallejo Ruiloba 1991.

¹⁰¹⁵ Kleinman 1996.

¹⁰¹⁶ Goffmann 1961

¹⁰¹⁷ Estroff 1985

¹⁰¹⁸ Jodelet 1990.

¹⁰¹⁹ Berger 1994.

Michel Winerip¹⁰²⁰ preséntanos unha investigación xornalística, tras un ano de convivencia, da vida nunha casa onde viven enfermos mentais en Nova York, incluíndo testemuños e biografías dos enfermos, familiares e traballadores da casa. Ao mesmo tempo fai unha historia da desinstitucionalización precaria da EMG nos EE.UU.

F. Covan¹⁰²¹ narra as vidas de moitos pacientes no Hospital Bellavue de Nova York durante os anos 80.

Diana Gittins¹⁰²² estuda a vida nun hospital en Inglaterra, Several 's Hospital, dende a perspectiva da antropoloxía médica. Este complexo de hospitais alberga unha comunidade de atención comunitaria, a autora segue a historia da institución a través das experiencias de moitos dos seus pacientes.

Alex Beam¹⁰²³ cóntanos a historia do Hospital McLean, xa citado, en Boston, EEUU. Céntrase en varias historias dos enfermos ao longo da longa historia desta institución ata ser pechada.

Vida en institucións e hospitais cadro resumen bibliografía secundaria.

Referencia bibliográfica	País:	Nome e Tipo Hospital	Marco temporal		Notas comentarios
Lera 1972	España	Manicomios	1960-1972	Testemuños, entrevistas	Xornalista e escritor
Caceres 1991	España	Cárcere - Psiquiátrico	1980	Fotos, entrevistas, biografías	Xornalista
Comelles 2006	España, Cataluña	Hospital psiquiátrico Barcelona	Fundación ata actualidade	Testemuños, entrevistas, historia cidade.	Antropólogo e psiquiatra
Gittins 1998	UK, Essex	Severalls Hospital, Psiquiátrico	1917-1997		Antropoloxía médica
Jodelet 1989, 1990	Francia	Comunidade agrícola con enfermos	1900-19985		
Berger-Vuckovic 1994	EEUU, Boston	MacLean, Psiquiátrico	1980-90		Psicofarmacólogo escribe con irmá de bipolar
Covan-Kanh 1994	EEUU, Nova York	Bellauve Hospital,	1980		
Bean 2001	EEUU Boston	MacLean	Historia institución		
Winerip 1994	EEUU, Nova York, Long Island	Casas tuteladas	1980-92		Xornalista, familiar EM
Estroff 1985	EEUU, Madison, Wisconsin	Psiquiátrico			Antropólogo, enfermos fóra do psiquiátrico
Goffmann 1972	EEUU	Hospitais mentais	60-70		Sociólogo

Táboa8 Bibliografía secundaria Vida en institucións.

¹⁰²⁰ Winerip 1994.

¹⁰²¹ Covan 1994

¹⁰²² Gittins 1998

¹⁰²³ Beam 2001

Glosario de termos luhmanianos.

Acoplamento estrutural: os sistemas independentes, operativamente pechados e autoconstituídos atópanse en acoplamento estrutural cando están conectados entre si en relación de dependencia e evolución. Os sistemas psíquicos e sociais están acoplados, coevolucionando en dependencia mutua. Estano tamén os chamados sistema parciais, por exemplo un cambio económico afecta ao sistema médico, a pesar de que cada un disto sistemas a auto- xere de forma independente.

Autopoiesis: un sistema autopoietico prodúcese e reproducese por si en tódolos elementos que o constitúen baseándose nunha operación (*poieis* en grego significa produción, actividade produtiva). Os sistemas vivos, os sistemas psíquicos e os sistema sociais son sistemas autopoieticos.

Autorreferencia: Son sistemas autorreferentes os referidos a si mesmos mediante cada unha das súas operacións. A súa produción é recursiva, repetitiva con elementos do seu propio interior, que o constitúen, o identifican e o fabrican en cada instante baseándose na súa operación.

Clausura operativa: os sistemas autopoieticos e autorreferenciais atópanse pechados sobre si mesmos baseándose na súa operación constitutiva. Un sistema depende das súas producións anteriores para poder seguir operando, sendo as últimas o presuposto das operacións subseguintes. A clausura é operativa porque se produce no sistema baseándose na súa operación.

Código: Os sistemas usan códigos como parte da súa propia operación. Un código componse de valores positivos e negativos, e posibilitan a conversión dun noutro. Actívanse a través dunha duplicación da realidade previa e ofrecen así un esquema para a observación, dentro do cal todo aparece como continxente, é dicir, como podendo ser doutro modo.

Conflito: sistema social parasito diferenciado no interior doutro sistema social. Pode xerar cambios evolutivos, permanecer latentes ou dar lugar a novos sistemas diferenciados.

Comunicación: a comunicación nace dunha tripla selección. Primeiro ten que seleccionarse e definirse a información, despois se debe seleccionar o acto de comunicar; finalmente, e nunha terceira selección, isto marca a diferenza con outras teoría da comunicación, o sistema ten que seleccionar entender. Esta terceira selección esixe unha nova comunicación e conseguir a continuidade do sistema. A comunicación é a *síntese* destas tres seleccións. Comunicar non é simplemente percibir o comportamento do outro, porque comunicar implica percibila selección que fixo o outro. Esta diferenciación tripla é analítica, non se dá no acto de comunicar. A comunicación sempre acontece no presente, desaparece en canto aparece, non é unha secuencia de seleccións. Comunicar non é transmitir, é seleccionar unha tripla diferenza. A comunicación é selección actualizada, non é transmisión porque non é ontolóxica. É un proceso que se apunta e se ordena a si mesmo.

Complexidade: cada elemento dun sistema non pode estar en relación con todos e cada un dos restantes elementos. Implica que o sistema debe seleccionar, elixir entre opcións sen poder escollelas todas ao mesmo tempo. Complexidade dun sistema implica imposibilidade de describirse a si mesma de forma completa.

Diferenciación da sociedade: Os sistemas diferéncianse internamente ao evolucionar, dando lugar a novos sistemas sociais. A forma de diferenciación é a coordinación interna dos sistemas no seu interior. Os sistemas sociais diferéncianse internamente na súa evolución para cumprir a súa función. A evolución social é a evolución da diferenciación social. Luhmann entende que a diferenciación xera primeiro sistemas e posteriormente, ao aumentar a complexidade, aparecen os subsistemas: sistemas parciais internos ao sistema cumprindo funcións específicas. Luhmann distingue catro formas de diferenciación social: *segmentaria*, *centro/periferia*, *estratificada* e diferenciación *funcional*. Cada unha vai asociada a unha forma de integración e formación social que non desaparece ao longo da evolución, senón que se mantén. É dicir, no interior do sistema sociedade actual funcionalmente diferenciado seguen existindo sistemas centro-periferia, sistemas segmentados, pero estes adquiriron novos ámbitos polo que non son o mesmo que foron.

Dobre continxencia (Ego / alter). Continxencia significa que algo podería ser doutro modo. Dobre continxencia implica a interacción social na que dous sistemas poderían perfectamente ser doutro modo. Temos que *ego* é obxecto e actuante para *alter*, polo que o un atribúe ao outro os motivos ou intencións da súa acción, seleccionando sempre entre unha inmensa cantidade de posibilidades. A dobre continxencia xera os sistemas sociais que se encargan de *cargar* de expectativas a *ego* e a *alter*: o que *ego* espera de *alter*, son as expectativas comunicativas xeradas no sistema social, non na conciencia.

Evolución: A evolución non é progreso ou avance técnico, nin é a estabilidade das estruturas ao longo do tempo, non é estabilidade ou logro baseándose nun sistema, e polo tanto, non permite prognósticos ou predicións. Tampouco é historia, ou descrición dos logros culturais ata chegar ao

presente. Evolución é *cambio imprevisto que se estabiliza*. É un cambio non predicible. A evolución social ten lugar con tres mecanismos: os procesos de *variación*, de *selección* e de *estabilización* evolutivas. Os sistemas sociais diferéncianse internamente na súa evolución ao cumprir a súa función. A evolución social é polo tanto a evolución da diferenciación social. A diferenciación xera primeiro sistemas e posteriormente, ao aumentar a complexidade, aparecen os subsistemas: sistemas parciais internos ao sistema cumprindo funcións específicas.

Forma: Unha forma é unha diferenza que divide o mundo en dous lados, e indica ou selecciona un dos dous lados esquecéndolle o outro. Non é o contrario do contido, o seu continente; nin tampouco o complemento do fondo. No cálculo de Spencer-Brown (*Laws of Form*¹⁰²⁴) é a selección dunha diferenza sobre a que se pode operar: quimicamente, psicolóxicamente ou socialmente.

Imaxinario social: Os imaxinarios sociais son esquemas de observación que sinalan un elemento dunha distinción como relevante (delgadeza), ocultando sempre o carácter de selección realizada nun sistema social. Con repeticións recursivas fan plausible a súa propia relevancia. Os medios de comunicación de masas, como memoria do sistema social, son esenciais para a xeración, uso e difusión dos imaxinarios sociais. O sistema social diferenciado funcionalmente contemporáneo opera xerando comunicacións sobre os imaxinarios sociais. Os imaxinarios sociais fan plausible a comunicación en situacións de alta complexidade ao reducir esta con observacións sobre a diferenza (forma) relevancia / opacidade.

Información: Luhmann usa o concepto de información en dous sentidos. Primeiro, a información é unha selección que se fai nun proceso de comunicación, onde se elixe algo como susceptible de ser comunicado. En segundo lugar, a distinción información/non información é o código binario dos medios de masas, onde todo o que é seleccionado como noticia ou para unha reportaxe é elixido como contido informativo, pero o que hoxe é información mañá xa non o será, ao esixir os informativos información sempre nova.

Interacción: É específica do sistema social interacción a presenza física dos sistemas implicados na comunicación. Esa presenza física determina os trazos e as posibilidades de comunicación da interacción. A interacción nace na dobre continxencia, é o sistema social que aparece cando dous sistemas psíquicos *perciben que se perciben* mutuamente. É dicir, cando un deles selecciona tendo en conta a presenza do outro. A percepción reflexiva é unha pre requisito das interaccións, así como o uso dalgunha linguaxe. A interacción é o máis simple dos sistemas sociais, pero é de alta complexidade. Emerxen evolutivamente nas sociedades diferenciadas por segmentos, sen desaparecer coa posterior evolución social.

Interpenetración: Penetración é o feito de que un sistema pon a disposición doutro a súa complexidade, e interpenetración é cando esa posta a disposición, é mutua; de tal maneira que un posibilita o outro ao facelo. Iso é o que sucede cos sistemas psíquicos e os sistemas sociais: están interpenetrados e estruturalmente acoplados. Cada un depende do outro sen poder ver a súa complexidade, a súa desorde, sen poder calculalo. Interpenetración é o modo específico de acoplamento entre as estruturas de sistemas que coevolucionan reciprocamente. Os sistemas psíquicos e os sociais dependen os uns dos outros pois cada sistema usa a complexidade do outro para constituírse.

Linguaxe: é o medio en función do cal se fai probable a comprensión da comunicación, pois permite comunicar máis alá do percibido, do presente. Usando símbolos pode realizar a súa función mediante xeneralizacións simbólicas. Permite a reflexión e é o medio no que se adaptan os sistemas de sentido: sistemas sociais e psíquicos.

Medios de comunicación simbolicamente xeneralizados: Os MCSX fan máis probable que unha selección de *ego* sexa aceptada por *alter*. Son estruturas sociais que foron aparecendo para asegurar o éxito da comunicación en situacións de alta complexidade e continxencia. Son xeneralizados porque desenvolven a súa función na medida en que non dependen de situacións concretas. Xeneralizan o uso do sentido, a selección dun sentido concreto fronte a outros nunha comunicación concreta, e fano mediante úsoo de símbolos. É dicir, dan unidade co símbolo ao mesmo tempo que universalidade ao permitir o control de situacións concretas. Funcionan xerando un sistema de atribucións: *ego* selecciona o amor no seu actuar e experimentar, ao comunicarllo/llelo a *alter*, este debe de atribuírlle a selección e decidir coordínase ou non a súa propia selección coa de *ego*. Os MCSX funcionan cun código binario, con dous valores e crean así información. Existe sempre unha preferencia social por un valor, colocándose o código do lado positivo do valor, e xerando expectativas de aceptación. O valor negativo

¹⁰²⁴ Spencer-Brown 1979.

xera reflexión pois sinala a continxencia, a improbabilidade da expectativa socialmente determinada. Son pois medios creados para coordinar seleccións, e crear as correspondentes expectativas, asegurándose así o éxito da comunicación.

Medios de difusión: fan máis probable que a comunicación chegue os destinatarios. Posto que é bastante improbable que a comunicación alcance a ninguén que non estea fisicamente presente, os medios de difusión nacen para facer posible a comunicación máis alá da interacción cara a cara. Foron aparecendo na evolución da sociedade, o primeiro medio de difusión foi a escritura, logo a imprenta difundiu as posibilidades da escritura. Posteriormente apareceu a telecomunicación, coa televisión, a radio, o telégrafo, o ordenador e ultimamente internet.

Mundo: é a suma dun sistema e o seu ámbito. Non é só o ecosistema, senón o conxunto global do sistema e o seu ámbito.

Observación: Observar é trazar unha distinción e situarse dun lado da distinción trazada. Sinala a unidade dunha operación que utiliza unha distinción para marcar un lado, ou outro lado desa distinción. O modo da operación pode ser igualmente vida, conciencia ou comunicación, dando lugar a diferentes tipos de sistemas.

Operación: é a manobra básica coa que se constrúe un sistema. Cada sistema necesita elementos do seu ámbito para poder operar, pero funciona con eles dende o interior do propio sistema. Unha operación dun sistema é a acción coa que o sistema reproduce un elemento baseándose en elementos do propio sistema.

Organización: sistema social baseándose en *decisiones*. Os sistemas organización son específicos das sociedades diferenciadas en estratos sociais. Fórmase segundo regras de recoñecemento xeradoras de estruturas comunicativas: regras de pertenza, definición de roles ou selección de persoal. Son sistemas sociais como as asociacións, as empresas, os colexios, etc. O elemento esencial dunha organización é a forma decisión. Unha *decisión* é unha comunicación da selectividade que pode ser atribuída a un membro da organización, por iso a organización realiza a autoridade.

PolicontextuRalidad: tomado da lóxica polivalente de G. Günter¹⁰²⁵ este concepto describe a existencia de moitos códigos con validez simultánea aínda que se rexeiten entre si. ContextuRal vén da unión de fragmentos diferentes, na sociedade diferenciada por funcións non existe unha xerarquización das funcións, a desigualdade entre sistemas non se basea na xerarquía. Tódolos subsistemas desenvolven elementos esenciais para o sistema social, pero ningún é dominante. Non hai vértices, nin centro, nin periferia, hai contextuRalidad. A sociedade non pode ofrecerse a si mesma unha descrición da complexidade, pois cada sistema vai o que vai dende a observación propiciada pola súa función. Cada sistema parcial vai, e define os seus problemas, vendo os problemas dos outros sistemas dende o seu código ou operación. Esa suma de *incompatibilidades compatibles* é o que describe este concepto.

Prestación: observación que un sistema parcial realiza doutro sistema parcial diferente, por exemplo as observacións políticas sobre a economía, ou as alusións sanitarias á política. Cada subsistema ten en conta as prestacións dos outros, pero interpretándoas internamente de acordo co seu código e función. Un mesmo acontecemento é interpretado de diferente modo por cada subsistema, xerando prestacións entrelazadas. A complexidade está sempre presente, sen unha única posición que poida describir a “totalidade” da sociedade.

Programa: refírese ao concepto de código e indica aquelas condicións baixo as que os valores positivos ou negativos dun código determinado poden ser correctamente asignados a circunstancias ou acontecementos. Nos sistemas sociais trátase dunha cuestión de decisión entre o verdadeiro e o falso, o xusto e o inxusto, etc.

Punto cego: ¿que é o único que un ollo non pode ver? A retina. Un ollo non pode verse a si mesmo, non pode ver as condicións que fan posible a propia visión. Trátase dunha metáfora creada para explicar o simple feito de que para ver algo sempre deixamos fóra da visión as condicións que posibilitan nosa mirada. Aplicado á observación segundo a lóxica desenvolvida por Spencer Brown, significa que unha observación non pode ver a diferenza e a indicación que a fan posible. Onde queira que algo é observado queda sempre algo sen ser observado. Ao centrarnos en algo deixamos fóra outras cousas: por exemplo, os medios de masas observan principalmente o escandaloso, deixando fóra da súa mirada o resto.

Sentido: O sentido é o medio que permite a creación selectiva de tódalas formas sociais e psíquicas. Dun conxunto de pensamentos/comunicacións o sentido fai a un real ou actual, e ao resto convérteno no seu horizonte, convérteo en posibilidades ou potencialidades. O sentido opera a través de seleccións:

¹⁰²⁵ Günter 1979.

actualiza algo e nega polo tanto as demais potencialidades. É unha conquista evolutiva dos sistemas psíquicos e sociais, non comparable, nin reducible, a nada dos sistemas vivos autopoieticos. O sentido, ao seleccionar unha posibilidade, permite ao mesmo tempo referirse a tódalas posibilidades (non actuais), mantendo así a complexidade como complexidade aparentemente controlada. O sentido é pois selección de algo a través de o non a todo o demais, pero ao negar, non anulamos, senón que o colocamos momentaneamente como posible.

Semántica: conxunto de significados condensados e reutilizables dispoñibles para a comunicación O uso do sentido en sistemas sociais dá lugar a tipificación do sentido, é dicir, a semántica. É o patrimonio conceptual da sociedade. Dado que o sentido é un evento momentáneo, para ser coordinado deben entrar dentro do esperado pola sociedade: elaborado, definido e tipificado. A semántica asegura que se faga unha selección do novo en función do xa tipificado, do antigo. Son pois os conceptos e ideas para construír opinións, teorías, etc. A semántica sempre vai atrasada con respecto aos cambios estruturais e polo tanto a descrición da sociedade sempre vai con atraso. Hai dous niveis da semántica, un máis familiar e vulgar, e outro máis elaborado ou teórico, con teorías sociolóxicas sobre a propia comunicación. Ningún destes niveis é socioloxía científica.

Sistema / Contorno: Un sistema é un conxunto de elementos relacionados entre si nunha operación que diferenza ao sistema do seu contorno. É máis que a suma dos seus elementos. No interior dun sistema debemos diferenciar entre a súa composición (os seus elementos) e a súa estrutura (o conxunto das relacións entre eles). O contorno dun sistema é todo o que queda fóra dos elementos e as relacións internas a el, pero que afecta ou a vai afectado polo mesmo sistema.

Sistema familia: é un sistema social, unha forma de interacción coa función de incluír a persoa enteira dos participantes, na comunicación. Tódolos aspectos dos participantes do sistema familia son relevantes para a comunicación familiar. As *persoas* son tratadas exclusivamente como persoas; e a comunicación relevante a nivel familiar, é a da intimidade. *Intimidade* significa non deixar nada fóra da comunicación. O sistema familia observa e comunica polo tanto, sobre o seu ámbito a través da forma persoa. O *amor* é o medio no que parte da intimidade é codificada, pero non toda a comunicación no interior da familia é codificable no amor, por iso, emerxen outros sistemas sociais. A familia é o sistema social por antonomasia, non o único; e non existe ningunha familia que cumpra perfectamente a súa función, de aí que da familia se foran diferenciando por evolución outros subsistemas sociais.

Sistema parcial ou subsistema funcional: é un sistema diferenciado no interior dun sistema social no cumprimento dunha función. Os sistemas parciais observan á sociedade co código co que funciona a súa operación constitutiva; e rexeitan pois as distincións doutros sistemas. Por exemplo o sistema sanitario non acepta as observacións do sistema económico. Entre distintos sistemas parciais ofrécese *prestacións*, observacións mutuas, que si se teñen comunicativamente en conta. A comunicación social na actualidade ese estrutura nas funcións destes subsistemas.

Sistema psíquico: é un sistema autopoietico operacionalmente pechado sobre si mesmo. A súa operación constitutiva é a *conciencia*, e produce pensamentos con sentido. O seu *médium* é a linguaxe, tendo aos sistemas sociais e vivos como o seu ámbito. Cada sistema psíquico está pechado sobre si mesmo aos outros sistemas psíquicos, relacionándose con eles a través de sistemas sociais. Un sistema psíquico constrúese no conxunto de todas os pensamentos con sentido posibles, sendo a memoria o pensamento recursivo do sistema psíquico.

Sistema social: é un sistema autopoietico operacionalmente pechado sobre si mesmo. A súa operación constitutiva é a comunicación, e produce comunicacións con sentido. Un sistema social chega a existir cando xorde unha circunstancia comunicativa autopoietica, e limítase fronte a un ámbito a través da limitación de comunicacións apropiadas. Os sistemas sociais non se compoñen de persoas, nin de accións, senón de comunicacións. As interaccións, as organizacións, a sociedade e tódolos os seus sistemas parciais, son sistemas sociais.

Sistemas vivos: caracterízanse pola xeración interna da vida, son as células, os órganos... Os sistemas vivos organizan elementos químicos e inorgánicos coas súas operacións químicas para conservar a vida, teñen como ámbito a materia inorgánica, dela dependen e grazas a ela evolucionan.

Sociedade: é o conxunto de tódalas comunicacións con sentido. Omniabarcador, non referido a ningún territorio, e non constituído por individuos, a sociedade é o sistema social actual: hipercomplexo, policontextuRal, funcionalmente diferenciado e en permanente evolución.

Glosario.

Neste glosario non se inclúen tódolos conceptos utilizados nesta tese. Só están explicados de forma concisa aqueles realmente importantes no imaxinario complexo da EMG en Galicia, principalmente os relacionados coa psiquiatría e a súa semántica. Os restantes atópanse tamén perfectamente definidos ao longo do desenvolvemento normal da tese (pode consultarse o índice de conceptos ao final para detectalos).

Antipsiquiatría: Xurdida nos anos sesenta do século XX, esta concepción da psiquiatría quere romper co Manicomio tradicional. Deféndese a necesidade de devolver ao tolo ou enfermo mental a sociedade, pois a psiquiatría serviu de axente represor da sociedade. As propostas varían segundo os autores, dende casas para a creatividade dos tolos, ata movementos de psiquiatría comunitaria ou de sector coa integración idealizada do tolo na comunidade tras a súa liberación das redes psiquiátricas do asilo. Algúns autores negas a existencia da EMG, diluíndoa en meras construcións ideolóxicas ou sociais. Laing, Cooper, Basaglia, Szasz, son os autores máis representativos desta imaxe da psiquiatría.

Biomedicina (Medicina científico occidental analizada como un constructo cultural): A medicina moderna occidental ten a súa distinción teórica constitutiva ao definir o corpo humano como unha máquina composta por sistema e partes diferentes. Un corpo sanda é entón unha máquina en bo funcionamento; un corpo enfermo ou afectado é polo tanto unha máquina necesitada de reparación, unha reparación mecánica ou unha combinación de tratamentos para eliminar os patóxenos causantes do mal. A forma básica de curación na medicina occidental leva consigo terapias químicas e correccións mecánicas mediante cirurxía ou con procedementos de corrección. Cada persoa enferma padece unha enfermidade, sendo sempre un caso dunha enfermidade xa identificada ou por definir. Por iso o médico especialízase en detectar a enfermidade para aplicar os tratamentos estandarizados. A énfase non se atopa polo tanto no individuo enfermo ou o seu ámbito social, senón na enfermidade ou o caso.

Esquizofrenia: Desorde caracterizada por apatía, ausencia de iniciativa, afectividade embotar, alteracións do pensamentos, o xuízo, as percepcións, o humor e, polo tanto do seu comportamento. Presentan: delirios, alucinacións (auditivas, visuais, olfactivas), interpretacións erróneas da realidade. Estes síntomas son persistentes e alteran a vida “normal” da persoa e o seu círculo; sen atender as súas necesidades básicas. Adoita levar consigo períodos de depresión e consumo de drogas, así como unha deterioración cognitiva: perdas de memoria, capacidade de atención e concentración. Os primeiros signos adoitan aparecer na adolescencia. A deterioración é progresiva con dez anos menos de media de vida que a poboación en xeral. A **Esquizofrenia Paranoide** ten ademais un ou dous delirios predominantes con frecuentes alucinacións auditivas. O *tratamento* é con psicofármacos para síntomas psicóticos. Recoméndase unir esta medicación con terapias, adestramento en habilidades básicas e terapias familiares e individuais para impedir recaídas, reaparición de síntomas e abandono de medicación. A epidemioloxía atribúe un 1% de *prevalencia* con igual incidencia en ambos os dous sexos.

Depresión Maior: Desorde con episodios (dúas semanas) recorrentes de tristura penetrante e persistente, asociada a perda de peso, dificultades para durmir, sentimentos de culpabilidade, dificultade na concentración, ideas recorrentes sobre a morte e o suicidio, e un descenso notable da enerxía vital. Hai unha ruptura da “vida normal” do enfermo. Son comúns: o descenso do apetito sexual, os sentimentos de inutilidade e desespero, a pouca concentración, atención e polo tanto unha clara indecisión; a culpabilidade pode chegar a ser delirante, cun rumiado obsesivo, e ideas hipocondríacas. Na maior parte dos casos os episodios de Depresión Maior deixan paso a períodos de normalidade. O 50% dos que presentaron un primeiro episodio de Depresión maior adoitan ter un segundo, aumentando se este último se dá a un 70% as posibilidades dun terceiro, e a un 90% dun cuarto episodio. O *tratamento* é con medicamentos antidepressivos seleccionado polo psiquiatra. A psicoterapia asociada aos antidepressivos recoñécese na literatura como a mellor opción. O electroshocke é hoxe en día utilizado en Depresións Maiores sen resposta a outros tratamentos. A súa *prevalencia* é entre 3 e 6%, dobrando as femias o número de casos.

Enfermidade Bipolar (Maniaco Depresiva): Trastorno do estado de ánimo onde se combinan episodios de depresión con episodios de manía (ou episodios mixtos). Os episodios de manía inclúen unha semana dun estado de ánimo elevado, irritable e expansivo¹⁰²⁶; auto estima inflada, sensación de grandiosidade, diminúe a necesidade de durmir, fálese máis do normal, os pensamentos voan; aumenta o

¹⁰²⁶ Todo lles interesa, todo lles concirne, de todo saben, a todo teñen algo que dicir, todo é importante, pero todo de forma superficial e sen gran profundidade.

desexo de actividades placenteras pero chegando a comportamento perigosos ou dolorosos (compras excesivas, sexo imprudente ou inseguro,...). O máis común é: euforia excesiva con irritabilidade, búscase incesantemente a interacción con outros, con escaso xuízo en quen, onde ou como lévanse a cabo; comportamentos repetitivos con consecuencia polo xeral negativas; delirios de grandeza; escasa conciencia de enfermidade e da necesidade de tratamento. Os episodios de Depresión Maior reúnen as características sinaladas para este trastorno (Véxase Depresión). O específico da Enfermidade Bipolar é a alternancia entre manía e depresión. A literatura reconece ata dez anos o período normal entre un primeiro episodio e un diagnóstico estable de Enfermidade Bipolar. O *tratamento* prescrito tras o diagnóstico é mixto. Primeiro, estabilizadores do humor (litio na maior parte dos casos) efectivos para previr episodios de manía pero non tanto os de depresión. Por iso un segundo elemento son os antidepressivos en función do xuízo clínico do psiquiatra en cada caso. Un terceiro elemento adoitan ser os anti psicóticos nos episodios agudos de manía. Os electroschokes reconécense como efectivos con esta doenza, pero adóitase aplicar cando a medicación non logrou éxito ningún. Recomendán terapias individuais e familiares para previr recaídas, manter a toma da medicación e aumentar a tolerancia dos comportamentos propios da enfermidade e as reaccións ante ela. A súa *prevalencia* é de entre 0,5 e 1,5 con igual incidencia en homes que en mulleres. As mulleres adoitan ter un primeiro episodio depresivo, mentres que é máis frecuente un de manía entre os varóns. De entre aqueles que sofren un episodio maniaco, un 90% adoitan ter episodios posteriores similares.

Enfermidade Mental Grave: Nesta tese consideramos EMG a aquelas EM cun longo proceso de desenvolvemento e polo tanto de diagnóstico, unha grande visibilidade social e un taxa de prevalencia alta na poboación en xeral. Consideramos tres (véxase definicións): Esquizofrenia, Enfermidade Bipolar e Depresión Maior.

Institucionalización: Con este concepto descríbese os resultados da reclusión durante moito tempo dun EMG nun Manicomio. A adaptación ao sistema social interior de cada institución suponse xera compoñentes en se mesmo patolóxicos. É un concepto próximo ao imaxinario da psiquiatría comunitaria, de sector ou a antipsiquiatría. Co peche dos Manicomios tradicionais supoñíase esta problemática desaparecería.

Psicanálise: Xurdido inicialmente da obra de S. Freud, a psicanálise designa hoxe en día un conxunto difuso e complexo de escolas diferentes (en Galicia a escola lacaniana, entre estas, ten unha presenza importante). A EMG é entendida como un conflito intra psíquico no paciente. O labor do psiquiatra é neste imaxinario a dun oínte e guía na terapia co seu enfermo. A semántica xerada por este imaxinario na comunicación da EMG é ampla e complexa, cunha infinidade de escolas, terapias e matices diferentes. Os conceptos de neurose e psicose fundamentáanse neste imaxinario.

Psiquiatría biolóxica, bioloxicista: A psiquiatría e a función do psiquiatra achéganse neste imaxinario á función do resto das especialidades médicas. A EM é imaxinada como un fallo orgánico (cerebral ou xenético) que nun futuro próximo será descuberto. Os fármacos coa súa eficacia para conter os síntomas máis rechamantes e perigosos da EM, o peche dos Manicomios tradicionais e a difusión das clasificacións internacionais das EM contribuíron a que esta forma de pensar e imaxinar a EMG e o traballo do psiquiatra sexa o máis xeneralizado no intercambio comunicativo.

Psiquiatría comunitaria (Psiquiatría de sector): O imaxinario desta forma de entender a asistencia psiquiátrica divide administrativamente o territorio en áreas ou sectores.

Psiquiatría cultural ou Etno-psiquiatría: Dende unha concepción antropolóxica a EMG ten sentido só no interior da cultura e sociedade de cada paciente. A psiquiatría é así pensada como etno psiquiatría ao ser sensible á especificidade sociocultural dende a que se debe entender cada síntoma, cada enfermidade e cada caso individual.

Psiquiatría darwinista, evolutiva: Ademais das variables usadas na explicación da EM (cerebrais, xenéticas, familiares, psicolóxicas, sociais) este tipo de psiquiatría toma en consideración a evolución biolóxica da especie humana (adaptación biolóxica, selección natural, xenotipo/fenotipo). As observacións realizadas dende esta perspectiva multiplican exponencialmente a complexidade coa que se observa a EM.

Psiquiatría fenomenolóxica (antropoloxía psiquiátrica): Denominación da psiquiatría de corte franquista. Teoricamente defendían unha visión holista, antropolóxica do ser humano (incluíndo aspectos espirituais e relixiosos de transcendencia). O uso do termo “fenomenolóxica” designaba o seu interese por cada caso, polo fenómeno biográfico individual e concreto do paciente.

Psiquiatría sistémica: Esta forma de entender e imaxinar a psiquiatría pensa a EMG como algo complexo integrado nun sistema con elementos dispares. A familia, a sociedade, os fármacos, os propios

sistemas médicos de asistencia supoñen un todo complexo do que o psiquiatra debe ser consciente para planificar a súa intervención.

Psiquiatría manicomial: Psiquiatría tradicional ata a xeneralización dos psicofármacos a partir da segunda guerra mundial. O seu imaxinario inclúe reclusión do EMG nun asilo con medios de contención físicos, con terapias rozando a “tortura” para curar ou máis ben tranquilizar as crises da loucura.

Reforma Psiquiátrica: Con esta expresión noméanse os supostos cambios na asistencia psiquiátrica pública tras o peche dos Manicomios tradicionais. O imaxinario asociado leva consigo ofrece unha visión comunitaria da asistencia pública, cos chamados dispositivos intermedios (asociacións, hospitais de día, centros de rehabilitación, pisos de acollida, talleres de traballo tutelado, etc.) para facilitar a integración social dos EMG.

Socioloxía médica: sub especialidade da Ciencia da sociedade que xera descrições do sistema médico no marco da sociedade complexa, pluricontextuRal e funcionalmente diferenciada. Pertence ao campo da socioloxía médica toda descripción parcial ou total do sistema médico dende unha perspectiva sociolóxica. A socioloxía médica produce pois descrições do funcionamento do sistema médico para o sistema social. Ten polo tanto como función, xerar expectativas sociais ao describir a medicina. As súas descrições non son necesariamente dende o punto de vista do sistema médica sanitaria, pois ao formar parte do subsistema da ciencia, a socioloxía médica ten pretensións de obxectividade. A socioloxía médica estuda en consecuencia a interdependencia dos distintos subsistemas parciais na consecución do mantemento da saúde, a comprensión da enfermidade e a loita contra a dor.

Bibliografía

- AA.VV.** (Ed.) 2003 *Cornelius Castoriadis. La pluralidad de los imaginarios sociales de la modernidad*. Anthropos: Barcelona.
- AA.VV.** (Ed.) 1997 *Actas del III congreso de Historia de la antropología y antropología aplicada. Tomo II*. CSIC Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- AA.VV.** (Ed.) 1995 *Informe sobre a pobreza en Galicia*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- AA.VV.** (Ed.) 1993 *Historia Nova I: Contribucións dos xóvenes historiadores de Galicia*. Asociación Galega Historiadores: Santiago de Compostela.
- AA.VV.** (Ed.) 1990 *As relacións entre a atención primaria e a saúde mental: propostas iniciais para o seu desenvolvemento*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- AA.VV.** (Ed.) 1990 *Actas del primer congreso Internacional Gallaecia*. Concello A Garda: A Garda.
- AA.VV.** (Ed.) 1989 *Actas del II Coloquio de antropología. Santiago 1984*. Museo do Pobo Galego: Santiago de Compostela.
- AA.VV.** (Ed.) 1989 *II Coloquio de Antropología de Galicia*. Museo do Pobo Galego: Sada.
- AA.VV.** (Ed.) 1988 *Coloquio de etnografía marítima*. Museo do Pobo Galego: Sada.
- AA.VV.** (Ed.) 1984 *I Coloquio de Antropología Cultural*. Do Castro: Sada.
- AA.VV.** (Ed.) 1984 *I Coloquio de Antropología de Galicia*. Museo do Pobo Galego: Santiago de Compostela.
- AA.VV.** (Ed.) 1983 *Estudios jurídicos en honor del profesor Octavio Pérez Victoria*. Bosch: Barcelona.
- AA.VV.** (Ed.) 1978 *Butterworths Medical Dictionary*. Butterworths: London.
- AA.VV.** (Ed.) 1975 *A Galicia rural na encrucillada*. Galaxia: Vigo.
- AA.VV.** (Ed.) 1972 *Gould Medical Dictionary*. Blakinston: New York.
- Aakster, C.W.** 1986 "Concepts in alternative medicine" EN *Social Science and Medicine*; 22(2): 265-273.
- Aaron, J. y Walby, S.** (Ed.) 1991 *Out of the margins*. Farmer Press: London.
- Abel, Theodora, Metraux, Rhoda y Roll, Samuel** (Ed.) 1987 *Psychotherapy and culture*. New Mexico U.P.: Albuquerque, Nm.
- Ackerknecht, Erwin H.** 1993 (1957) *Breve historia de la psiquiatría*. Eudeba: Buenos Aires
- Ackerknecht, Erwin H.** (Ed.) 1985 *Medicina y antropología social. Estudios varios*. Akal: Madrid.
- Ackerknecht, Erwin H.** 1985 (1943) "El Chamán y la psicopatología primitiva general". EN *Medicina y antropología social*, EDITADO POR Erwin Ackerknecht, pp. 57-90. Akal: Madrid.
- Ackerknecht, Erwin H.** 1985 "Psiquiatría transcultural". EN *Medicina y antropología social*, EDITADO POR Erwin H. Ackerknecht, pp. 179-192. Akal: Madrid.
- Adeoye Lambo, Th.** 1978 "Psychotherapy in Africa" EN *Human Nature*; March.
- Adorno, T.W.** 1983 (1970) *Teoría estética*. Orbis: Barcelona
- Adorno, T.W.** 1975 (1966) *Dialéctica negativa*. Amorrortu: Buenos Aires
- Adorno, T.W. y Horkheimer, Max** 1971 (1944) *Dialéctica del Iluminismo*. Amorrortu: Buenos Aires
- Aggleton, Peter** 1995 (1991) *Health*. Routledge: New York
- Agosti, Silvano, Bellocchio, Marco, Petraglia, Sandro y Rulli, Stefano** (Ed.) 1978 *Locos de desatar*. Anagrama: Barcelona.
- AGSM** (Ed.) 2006 *Homenaxe a Antonio Rodríguez López. Antropoloxía e Psiquiatría*. AgSM: Santiago.
- Aguirre Baztán, Angel** 1997 "Aspectos antropológicos de la depresión". EN *Actas del III Congreso de Historia de la antropología y antropología aplicada. 2 tomos*, EDITADO POR AA. VV., pp. 181-196. CSIS: Santiago de Compostela.
- Aguirre Baztán, Angel** 1995 *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Marcombo: Barcelona
- Aguirre Baztán, Angel** 1994 *Estudios de Etnopsiquiatría y Etnopsicología*. Marcombo: Barcelona
- Aguirre Baztán, Angel** 1992 *Historia de la antropología española*. Marcombo: 9788426708601
- Aguirre Beltrán, G.** 1986 *Antropología médica*. Ciesas-Ediciones de la casa Chata: México
- Akers, Ronald D.** 1977 *Deviant behavior: a social learning approach*. Wadsworth: Belmont, Ca.
- Akers, Ronald D.** 1968 "Opiate use, addiction and relapse" EN *Social Problems*; 15: 459-469.
- Akers, Ronald D.** 1967 "Problems in the sociology of deviance: social definitions and behavior" EN *Social Forces*; 46: 455-465.
- Akers, Ronald D. y Hawkins, Richard** (Ed.) 1975 *Law and control in society*. Prentice Hall: New Jersey.
- Alarcón Caracuel, Manuel Ramón** 1999 *La Seguridad social en España*. Aranzadi: Pamplona
- Albaladejo, M.** 1983 *Derecho Civil I: Introducción y parte general. Vol I: Introducción y derecho de la persona*. Bosch: Barcelona
- Albareda, José María** 1971 *Vida de la inteligencia*. Novelas y Cuentos: Madrid
- Alemán, Jorge** 1996 "Alrededor de la hermenéutica del sujeto (Focault, Lacan)" EN *Archipiélago*; 25: 95-100.
- Alland, A.** 1970 *Adaptation in cultural anthropology: an approach to medical anthropology*. Columbia U.P.: New York
- Allport, Gordon W.** 1965 *Letters from Jenny*. Jovanovich: London
- Allué, Marta** 2001 (1996) *Perder la piel. Una trágica experiencia y una heroica recuperación*. Seix Barral: Barcelona
- Almagro Nosete, José** (Ed.) 1990 *Derecho procesal 3 Vols*. Tirat Lo Blanch: Valencia.
- Alonso Fernández, F.** 1978 (1968) *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Paz Montalvo: Madrid
- Alonso Fernández, Francisco** 2002 "El hombre libre y sus sombras" EN *Anthropos*; 195: 54-65.
- Alonso Fernández, Francisco** 2002 "Periplo autobiográfico (Auto percepción intelectual de un proceso histórico)" EN *Anthropos*; 195: 35-53.
- Alonso, Luis Enrique** 1994 "Sujeto y discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Juan Manuel Delgado and Juan Gutiérrez, pp. 225-240. Síntesis: Madrid.
- Alonzo, A.A.** 1984 "An Illness behavior paradigm: a conceptual exploration of a situational-adaptation perspective" EN *Social Science of Medicine*; 19(5): 499-510.
- Alonzo, A.A.** 1979 "Everyday Illness Behavior: A situational approach to health status deviations", pp. 13A: 397-404.
- Althusser, Louis** 1992 *El porvenir es largo. Los hechos*. Destino: Barcelona
- Álvarez-Dardet, Carlos y Porta, Miguel** (Ed.) 1993 *Revisiones en salud pública 3*. Masón: Barcelona.
- Álvarez Blanco, Rosario, Fernández Rei, Francisco y Santamarina, Antón** (Ed.) 2004 *A lingua galega: historia e actualidade. Volume I, II, III e IV*. Concello da Cultura Galega: Santiago.
- Álvarez González, R.** 1989 "Tres textos sobre la locura y la normalidad en el S. XIX español" EN *REIS*; 47.
- Álvarez Uría, Fernando** (Ed.) 1997 *Jesús Ibañez. Teoría y práctica*. Endymion: Madrid.
- Álvarez Uría, Fernando** 1983 *Miserables y Locos. Medicina Mental y Orden Social en la España del siglo XIX*. Tusquets: Barcelona
- Álvarez Uría, Fernando y Varela, Julia** 2000 *La Galaxia sociológica. Códigos invisibles y relaciones de poder en el proceso de la institucionalización de la sociología en España*. La Piqueta: Madrid
- Álvarez Uría, Fernando y Varela, Julia** 1994 *Las redes de la psicología. Análisis sociológico de los códigos médico-psicológicos*. Prodhufi.: Madrid
- Álvarez Uría, Fernando y Varela, Julia** 1989 *Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación*. Fondo Cultura Económica: Madrid
- Álvarez Uría, Fernando and Varela, Julia** 1987 "Marginados". EN *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*, EDITADO POR Ramón Maiz. Universidad Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.
- Álvarez, Alfred** 1990 (1971) *The savage God. A study of suicide*. Bantam: New York

- Amador, Xavier y Johanson, Anna-Lisa** 2000 *I Am Not Sick, I Don't Need Help! Helping the Seriously Mentally Ill Accept Treatment*. Vida Press: New York
- Amarasingham Rhodes, Lorna**. 1990 "Studyng Biomedicine as a Cultural System". EN *Medical Anthropology. A handbook of theory and method*, EDITADO POR Thomas M. Johnson and Sargent, pp. 159-173. Greenwoodd Press: New York.
- Amarasingham Rhones, Lorna y al., Et** 1983 "Social Relations and Mental Illness. Four Books about Psychiatry and Society" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 14(3): 4-6.
- Association, American Psychiatric** 2005 *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Masson: Barcelona
- Ander-Egg, E.** 1987 *Técnicas de investigación social*. El Ateneo: México
- Anderson, Neils**. 1961 *The Hobo*. Chicago U.P.: Chicago
- Anderson, R.** (Ed.) 1988 *Health behavior research and Health Promotion*. Oxford University Press: Oxford.
- Anderson, R. y Bury, M.** 1988 *Living with Chronic Illness: the experience of patients and their families*. Unwin Hyman: London
- Andreas, Joel** 2004 *Addicted to war*. A.K. Press: London
- Andreasen, Nancy** 1984 *The broken brain. The biological revolution in psychiatry*. Harper and Row: New York
- Andreasen, Nancy C.** 2001 *Brave New Brain. Conquering Mental Illness in the Era of Genome*. Oxford U. P.: Oxford
- Angell, Marcia** 2006 *La verdad acerca de las industrias farmacéuticas*. Norma: Barcelona
- Angell, Marcia** 2005 *The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. Random: New York
- Angrosino, Michael V. and Saoggin, A.E.** 1987 "The ethnography of Policy: Florida's mental health act". EN *Baer* 1987, pp. 73-100.
- Antonio, R.J.** 1990 *Postmodern storytelling versus pragmatic truth-seeking: the discursive bases of social theory*. Kansas U.P.
- Antonovsky, A.** 1979 *Health, stress and coping*. Jossey-Bass: San Francisco
- Antón, Pedro** 1992 *Medio siglo de psiquiatra en España. Homenaje al Profesor Ramón Sarró*. Arán: Madrid
- APA** (Ed.) 1999 *DSM-IV Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. Masson: Barcelona.
- APA** 1992 *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Masson: Barcelona
- APA** 1987 *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y estadística de los trastornos mentales*. Masson: Madrid
- Aparicio Basauri, Victor** 2005 "Jose Luis Montoya Rico, un pionero de la psiquiatría comunitaria" EN *Rev. Esp. De la Asoc. De Neuropsiquiatría*; 25(95): 167-170.
- Aparicio Basauri, Victor** (Ed.) 1997 *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*. Libro del Año: Madrid.
- Appadurai, Arjun, Hannerz, Ulf, Yengoyan y A.A.** 1986 "Theory in Anthropology" EN *Comparative studies in society and history*; 28(2): 356-547.
- Aranzadi Martínez, Juan** 2004 (2003) *Introducción y guía al estudio de la antropología del parentesco*. UNED: Madrid
- Ardener, Edwin** 1971 "The new anthropology and its critics" EN *Man*; 6(3): 449-467.
- Area Carracedo, Ramón** 2006 *O Saber holístico : VI Congreso da Asociación Galega de Saúde Mental : Homenaxe ó profesor Rof Carballo, Lugo, 9, 10 e 11 de xuño de 2005*. AgSM: A Coruña
- Arenal, Concepción** 1960 *Obras completas*. Lib. Victor Suárez: Madrid
- Arenal, Concepción** 1927 "La beneficencia, la filantropía, la caridad. Artículos sobre beneficencia y prisiones". EN *Obras completas*, EDITADO POR Concepción Arenal. Lib. Victor Suárez: Madrid.
- Arenal, Concepción** 1894 (1999) "La beneficencia, la filantropía y la caridad". Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes: Alicante.
- Arieti, S. y Brody, E.G.** (Ed.) 1974 *American Handbook of Psychiatry. Vol 3: Adult Clinical psychiatry*. Basic Books: New York.
- Aristóteles** 1995 *Acerca del alma*. Planeta DeAgostini: Madrid
- Armelaos, G. J. y al., Et** 1992 "Bicultural synthesis in medical anthropology" EN *Medical Anthropology*; 14: 35-52.
- Armstrong, David** 1989 (1983) *An outline of sociology as applied medicine*. Wright: London
- Armstrong, David** 1983 *The political anatomy of the body*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Arnheim, Rudolf** 1980 (1971) *Hacia una psicología del arte. Arte y entropía (Ensayo sobre el orden y el desorden)*. Alianza: Madrid
- Arnold-Cathalifaud, Marcelo** 1997 "Temas metodológicos en la investigación de segundo orden" EN *Anthropos*; 173-174: 145-151.
- Arrove** 1981 "Fundation and the transference of knowledge: implications for India" EN *Social Action*; 31(2).
- Aron, Raymond** 1985 *Sociología alemana contemporánea*. Paidós: Barcelona
- Aron, Raymond** 1970 (1967) *Main currents on sociological thought II: Durkheim, Pareto, Weber*. Anchor: New York
- Aron, Raymond** 1968 *Main Currents in Sociological Thought I. Montesquieu, Comte, Marx, Tocqueville. The Sociologist of the Revolution of 1848*. Anchor: New York
- Arsuaga, Juan Luis** 2001 *El enigma de la esfinge. Las causa, el curso y el propósito de la evolución*. Círculo lectores: Madrid
- Arsuaga, Juan Luis y Martínez, Ignacio** 2000 (1998) *La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana*. Temas de Hoy: Barcelona
- Asad, Talai** (Ed.) 1973 *Anthropology and the colonial encounter*. Humanity Press: New York.
- Forenses, Asociación Médicos** (Ed.) 1963 *Anales de medicina forense*. Asoc. Esp. Medic. Forense: Madrid.
- Assis, Machado de** 1974 *El alienista*. Tusquets: Barcelona
- Atkinson, J. M. y Heritage, J.** (Ed.) 1984 *Structures of social action: studies in conversation analysis*. Cambridge U.P.: .
- Atkinson, P.** 1985 *Lenguage, Structure and Reproduction: An introduction to the Sociology of Basil Bernstein*. Methuen: London
- Atkinson, P. y Heath, Ch.** 1981 *Medical work: realities and routines*. Farnborough: UK Gower
- Atkinson, R.** 1985 *Life Outcomes: Elderhood in a bicameral culture*. University Microfilms: Ann Arbor, MI
- Atkinson, Robert** 1998 *The life story interview*. Sage: London
- Atkinson, Robert** 1995 *The gift of stories: Practical and spiritual applications of autobiography, life stories and personal mythmaking*. Bergin and Garvey: Wesort, CT
- Auge, M. y Herzlich, C.** (Ed.) 1984 *The meaning of illness*. Gordon and Breach: .
- Aunger, Robert** 1995 "On Ethnography. Storytelling or Science?" EN *Current Anthropology*; 36(1): 97-130.
- Austin, J.L.** 1971 *Palabras y actos. Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós: Buenos Aires
- Ausubel, D.P.** 1961 "Personality disorder is a disease" EN *American Psychologist*; 16: 69-74.
- Avello Fuentes, J.M.** 1984 "Procedimientos de incapacitación introducidos por la reforma del Código Civil en materia de tutela" EN *Documentación Jurídica*; nº41.
- Avila Espada, A.** 1989 "La entrevista Clínica". EN *Evaluación psicológica clínica. Volumen II (técnicas de evaluación)*, EDITADO POR A. Avila Espada. U. Complutense: Madrid.
- Avila Espada, A. y Rodríguez Sutil, C.** (Ed.) 1992 *Psicodiagnóstico clínico. Aspectos conceptuales y perspectivas*. Universidad Madrid: Madrid.
- Ayora-Díaz, Steffan Igor** 2000 "Imagining authenticity in the local medicines of Chiapas" EN *Critique of Anthropology*; 20(2173-190).
- Bacariza Varela, F.** 1932 *El problema manicomial de Conjo*. El eco de Santiago: Santiago
- Bachelard, Gaston** 1976 *Le rationalisme appliqué*. P.U.F.: París
- Bachofen, J.** 1861 *Das Mutterrecht*
- Badone, Ellen** 1991 "Ethnography, fiction and meanings of the past of Britain" EN *American Ethnologist*; 18(3): 518-546.
- Baer, H. y al., Et** 1986 "Introduction: Toward a Critical Medical Anthropology" EN *Soc.Scién. Med.*; 23: 95-98.
- Baer, Hans A.** (Ed.) 1987 *Encounters with biomedicine. Case studies in medical anthropology*. Gordon and Breach: Amsterdam.
- Baggini, Julian y Stangroom, Jeremy** 2006 *Do you think what you think you think? The ultimate philosophical quiz book*. Granta: London

- Balan, Jorge** (Ed.) 1974 *Las historias de vida en las ciencias sociales. Teoría y técnica*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Balandier, Georges** 1994 *El poder de las escenas. De la representación del poder al poder de la representación*. Paidós: Barcelona
- Balandier, Georges** 1994 (1988) *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento*. Gedisa: Barcelona
- Balbiar, E., Deleuze, Gilles y al., et** (Ed.) 1990 *Michel Foucault, filósofo*. Gedisa: Barcelona.
- Baldwin, D.M.** 1990 "Meeting production: the economics of contracting mental illness" *EN Soc. Sci. Med.*; 30: 9961-9968.
- Ball-Rokeach, Sandra J. y De Fleur, Melvin L.** (Ed.) 1986 *Teorías de la comunicación de masas*. Paidós: Barcelona.
- Baltar Domínguez, R.** 1979 *Castelao ante la medicina, la enfermedad y la muerte*. Artes gráficas galicia: Vigo
- Banchet, A.** 1989 "Entrevistar". *EN Técnicas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR VV.AA. Narcea: Madrid.
- Bandler, R. y Grinder, J.** 1979 *Frogs Into Princes: Neuro Linguistic Programming*. Real People Press: Utah
- Bandura, Albert** 1982 *Teoría del Aprendizaje social*. Espasa-Calpe: Madrid
- Bandura, Albert** 1969 *Principles of behavior modification*. Rinehart and Winston: New York
- Bandura, Albert y Walters, Richard H.** 1978 (1963) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza: Madrid
- Bandura, Bernhard** 1979 (1973) *Sociología de la comunicación*. Ariel: Barcelona
- Barahona Fernandes, H.** 1998 *Antropociencias da psiquiatria e da saúde mental. Vol. I: O homem perturbado*. Fundação Gulbenkian: Lisboa
- Baratta** 1979 "Libertá e salute: la nuove legislazione psichiatrica" *EN La Questione Criminale* n°3; 368.
- Barbero Santos, M.** 1965 *Psiquiatria y derecho penal*. Tecnos: Valencia
- Barcia Caballero, Juan** 1999 (1915) *De Re Phrenopática e outros artigos*. Xunta Galicia: Santiago
- Barcia, D. and Ruíz, M.E.** 1995 "La anorexia nerviosa como patología del comer". *EN Gondar 1995a*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 103-116.
- Baremblyt, Gregorio F.** 1975 "El concepto de realidad". *EN Psicoanálisis*, EDITADO POR Gregorio F. Baremblyt and Et al. Socioanálisis: Buenos Aires.
- Barkan, Elezar** 1992 "Rethinking orientalism: representation of "primitives" in Western culture at the turn of the century" *EN History of European Ideas*; 15(6-Apr): 759-765.
- Barnes, Mary y Berke, Joseph** 1985 (Mary Barnes, two accounts of a journey through madness) *Viaje a través de la locura*. Martínez Roca: Barcelona
- Barondes, Samuel H.** 1999 *Mood Genes: Hunting the origins of Mania and Depression*. Oxford U.P.: New York
- Barral Andrade, Ramón** 1975 *O aforro e a inversión na Galicia*. Sept: Vigo
- Barreiro Fernández, X.R., Díaz Fierros, F. y Fabra Barreiro, G** (Ed.) 1984 *Los Gallegos*. Istmo: Madrid.
- Barreiro, B.** 1973 *Brujos y astrólogos en la inquisición en Galicia*. Akal: Madrid
- Barret, R.** 1996 *The psychiatric team and the social definition of Schizophrenia: an anthropological study of person and illness*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Barrio Cristina, Iñigo** 1998 *Estudio de los enfermos ingresados en el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante. Reflexiones sobre la aplicación de la política legislativa actual*. UNIVERSIDAD Murcia.
- Barth** 1969 *Ethnic groups and boundaries*
- Barthes, R.** 1971 *Elementos de semiología*. Alberto Corazón: Madrid
- Bartoli, Paolo** 1989 "Antropología en la educación sanitaria" *EN Arxiu d'Etografia de Catalunya*; 7: 17-23.
- Bas López, Begoña** 1983 *As construccions populares*. O Castro: Coruña
- Basaglia Basaglia, O.** 1971 *La mayoría marginada*: Barcelona
- Basaglia, Franco** 1980 "La antipsiquiatría" *EN El viejo topo*; 45.
- Basaglia, Franco** (Ed.) 1979 *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI: Madrid.
- Basaglia, Franco** (Ed.) 1978 *La salud de los trabajadores*. Buena Imagen: México.
- Basaglia, Franco** (Ed.) 1975 *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barral: Barcelona.
- Basso, Ellen B.** 1989 "Kalapalo Biography: Psychology and Language in a South American Oral History" *EN American Anthropologist*; 91(3): 551-569.
- Bastide, Roger** 1978 (1965) *Sociología de las enfermedades mentales*. Siglo XXI: Mexico
- Bastide, Roger** 1977 (1971) *Antropología Aplicada*. Amorrortu: BBAA
- Bastide, Roger** 1972 *The sociology of mental disorder*. McKay: New York
- Bastide, Roger** 1972 *El sueño, el trance, la locura*. Amorrortu: Buenos Aires
- Bastide, Roger** 1971 *Anthropologie Appliquée*. Payot: París
- Bastien, Joseph W.** 1987 "Cross-cultural communication between doctors and peasants in Bolivia" *EN Social Science and Medicine*; 24(12): 1109-1118.
- Bateson, George y Bateson, M.C.** 1987 *El temor de los ángeles*. Gedisa: Barcelona
- Bateson, George, Goffman, Erving y Watzlawick, Paul** (Ed.) 1994 *La nueva comunicación*. Kairós: Barcelona.
- Bateson, George, Jackson, Don D., Haley, J. y Weakland, John** 1956 "Toward a Theory of Schizophrenia" *EN Behavior Science*; 1: 251-64: 251-264.
- Bateson, George y Ruesch, J.** 1968 (1951) *Communication: The social matrix of psychiatry*. Norton: New York
- Bateson, Gregory** 1985 *Pasos hacia una ecología de la mente*. Carlos Lohlé: Buenos Aires
- Bateson, Gregory** 1972 *Doble vínculo y esquizofrenia*. Carlos Lohlé: Buenos Aires
- George, Bateson.** 1999 (1991) *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Gedisa: Barcelona
- Batra, Roger** 2004 "El salvaje artificial. Robinson Crusoe o el salvaje artificial". *EN Entre Gracias y el molino satánico*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu. UNED Addenda: Madrid.
- Battegay, R.** (Ed.) 1986 *Diccionario de psiquiatría*. Herder: Barcelona.
- Baudrillard, Jean** 1986 (1977) *Olvidar a Foucault*. Pretextos: Valencia
- Baéz López, Marta, Mesa Muñoz, José Luis, Rodas Ratazzi, Feliciano y Pons i Antón, I.** (Ed.) 1987 *Salud Mental y prensa*. Consejería de Salud: Sevilla.
- Beam, Alex** 2001 *Gracefully Insane. Life and Death Inside America's Premier Mental Hospital*. Publicaffairs: Cambridge, Ma.
- Bean, L.J.** 1976 "Californian indian schamanism and folk curing". *EN Hand* 1976, pp. 109 y ss.
- Beattie, John.** 1986 (1964) *Otras culturas. Objetivos, métodos y realizaciones de la Antropología social*. F.C.E.: Mexico
- Beccaria, Cesare** 1985 (1764) *De los delitos y las penas*. Orbis: Madrid
- Beck, A.T.** (Ed.) 1991 *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brower: Bilbao.
- Beck, A.T.** 1991 "Cognitive therapy: a 30 year retrospective" *EN American Psychologist*; 43: 368-375.
- Beck, Ulrich** 1995 *Ecological Politics in an Age of Risk*. Polity Press: Cambridge
- Beck, Ulrich** 1992 *Risk Society: towards a new modernity*. Sage: London
- Becker, E.** 1962 *The birth and death of meaning*. Free Press: Glencoe, Ill.
- Becker, Gay** 1997 *Disrupted lives. How people create meaning in a Chaotic world*. California U.P.: Berkley
- Becker, Howard S.** 1986 *Writing For Social Scientists*. Chicago U.P.: Chicago
- Becker, Howard S.** (Ed.) 1985 *La nueva sociología: ensayos en honor de C.Wright Mills*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Becker, Howard S.** 1974 "Labeling theory revised". *EN Ock-MacIntosh*, pp. 41-66.
- Becker, Howard S.** 1973 *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press: New York
- Becker, Howard S.** 1971 (1963) *Los extraños. Sociología de la desviación*. Tiempo contemporáneo: Buenos Aires
- Becker, Howard S.** 1971 *Sociological work*. Allen Lane: Londres

- Becker, Howard S.** 1970 *Sociological work: method and substance*. Chicago Aldine: Chicago
- Becker, Howard S.** (Ed.) 1964 *The other side: perspectives on deviance*. Free Press: New York.
- Becker, Howard S. y McCall, Michal M.** (Ed.) 1990 *Symbolic Interaction and Cultural Studies*. Chicago U.P.: Chicago.
- Becker, Howard S. and Blanche, B.** 1982 "Participant Observation: The analysis of qualitative field data". EN *Field research: a sourcebook and field manual*, EDITADO POR R.G. Burgess, pp. 239-50. George Allan and Unwin: Londres.
- Becoña Iglesias, Elisardo** 1992 *La Santa Compañía, el Urco y los muertos*. Autor: A Coruña
- Becoña Iglesias, Elisardo** 1981 *La actual medicina popular gallega*. Autor: A Coruña
- Beers, Clifford A.** 1908 *A Mind that founds itself*. Longmans Green: London
- Behar, R.** 1986 *Santa María del Monte: the presence of the past in a Spanish village*. Princeton U.P.: Princeton
- Behar, Ruth** 1996 *The vulnerable observer. Anthropology that breaks your heart*. Beacon: Boston
- Behrman, Andy** 2002 *Electroboy. A memoir of mania*. Viking, Penguin: London
- Beiras, X.M.** 1995 (1972) *O atraso económico da Galiza*. Laiovento: Santiago de Compostela
- Beiras, X.M.** 1995 *A poboación galega no século XX*. Laiovento: Santiago
- Beiras, X.M.** 1984 *Por unha Galicia liberada. Ensaio de economía e política*. Xerais: Vigo
- Beiras, X.M. y López Rodríguez** 1995 *A poboación galega no século XX*. Laiovento: Santiago
- Bejar Trancón, A., Rábano Gutiérrez, A. y Rivera de Rosales, J.** 1995 "Kant y la locura. Presentación y comentario del Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza" EN *Archivos de Neurobiología*; 58(1): 31-48.
- Bell, Daniel** 1978 *The cultural contradictions of Capitalism*. Basic: New York
- Bell, N.W. y Spiegel, J.P.** 1966 "Social Psychiatry: vagaries of a term" EN *Arch. Ge. Psychiatry*; 14: 337-345.
- Bellaby, Paul.** 1993 "The world of illness of the closed head injured". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 161-178.
- Bendix, R.** 1969 *Max Weber*. Amorrortu: Buenos Aires
- Benedict, Ruth** 1975 *El crisantemo y la espada: patrones de la cultura japonesa*. Alianza: Madrid
- Benedict, Ruth** 1974 (1934) *Patterns of culture*. Houghton Mifflin: Boston
- Benedict, Ruth** 1974 (1934) *El hombre y la cultura*. Edhasa: Barcelona
- Benedict, Ruth** 1965 "Anthropology and the abnormal". EN *An anthropologist at work: writing of Ruth Benedict*, EDITADO POR Margaret Mead, pp. 262-283.
- Benedict, Ruth** 1934 "Anthropology and the Abnormal" EN *Journal of General Psychology*; X(2): 59-82.
- Benedict, Ruth** 1934 *The Chrysanthemum and the Sword*. Houghton Mifflin: Boston
- Benjamin, Walter** 1988 *El narrador*. Taurus: Madrid
- Bennet, E.E.** (Ed.) 1976 *Communication between doctors and patients*. Oxford U.P.: London.
- Bennet, John** 1996 "Applied and Action Anthropology. Ideological and Conceptual Aspects" EN *Current Anthropology*; 36(Supplement): 23-53.
- Bentham, Jeremias** (Ed.) 1989 *El panóptico*. La Piqueta: Madrid.
- Bercovitz, R.** 1986 "La incapacitación legal de las personas afectadas por enfermedades crónicas de carácter cíclico" EN *Poder Judicial*; III.
- Bercovitz, R.** 1976 *La marginación de los locos y el derecho*. Taurus: Madrid
- Berger, B.** (Ed.) 1989 *Shapes of their own lives*. California U.P.: Berkley.
- Berger, Diana y Berger, Lisa** 1992 (1991) *We Heard the Angels of Madness: One Family's Struggle with Manic Depression*. Harper Trade: New York
- Berger, John y Mohr, Jean** (Ed.) 1967 *A Fortunate Man*. Pantheon Books: New York.
- Berger, Lisa y Vuckovic, Alexander** 1994 *Under Observation: Life Inside a Psychiatric Hospital*. Tickor and Fields: New York
- Berger, Peter** 1999 *El dosel sagrado*. Kairós: Barcelona
- Berger, Peter** 1986 *Introducción a la sociología*. Espasa-Calpe: Madrid
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas** 1988 *Introducción a la sociología*. Limusa: Mexico
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas** 1984 (1968) *La construcción social de la realidad*. Amorrortu: Buenos Aires
- Berger, Peter y Berger, Brigitte** 1973 *The Homeless Mind. Modernization and Conciousness*. Penguin: London
- Berger, Peter y Kellner, H.** 1985 (1981) *La reinterpretación de la sociología*. Austral: Madrid
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas** 1997 (1995) *Modernidad, pluralismo y crisis del sentido. La orientación del hombre moderno*. Paidós: Barcelona
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas** 1967 *The social construction of reality*. Anchor Books: New York
- Berriain, Josetxo** 2000 *La lucha de los dioses en la modernidad*. Anthropos: Barcelona
- Berkam, L.F. y Kawachi, I.** (Ed.) 2000 *Social epidemiology*. Oxford U.P.: New York.
- Berkanovic, E.** 1972 "Lay Conceptions of the Sick Role" EN *Social Forces*; 51: 53-64.
- Berkman, K.S.** 1983 "Health consequences of Migration" EN *Annual Review Of Public Health*; 4: 69-90.
- Berlinguer, G.** 1977 *Psiquiatría y poder*. Barcelona
- Bermejo, J.C.** 1987 "Ni en Grecia ni en Roma: Michel Foucault y la antigüedad Clásica". EN *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*, EDITADO POR Ramón Maiz. Universidade Santiago: Santiago.
- Bernal Vals, Jesús** 1985 "La reforma del código penal en materia de tratamiento del enfermo mental: problemas procesales" EN *La ley*; 3: 190-230.
- Bernard, H. y al., Et** 1984 "The problem of informant accuracy: the validity of retrospective data" EN *Annual Review of Anthropology*; 13: 495-517.
- Bernard, H.R.** 1988 *Reserch Methods in Cultural Anthropology*. Sage: London
- Bernheim, Kayla F. y Lewine, Richard R.J., et al.** 1982 *The Caring Family: Living with Chronic Mental Illness*. Random House: New York
- Bernstein, B.** 1974 *Class, Codes and Control. Vol I: Theoretical Studies Towards a Sociology of Lenguage*. Roultedge and Kegan Paul: London
- Bernstein, B.** 1964 "Social class, speech systems and psychotherapy" EN *British Journal of Sociology*; 15: 188-93.
- Berrios, German** 1997 "Avances reciente en la historia de la psiquiatría". EN *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España.*, EDITADO POR Victor Aparicio Basauri, pp. 13-20. Libro del año: Madrid.
- Berrios, German** 1995 *The history of mental symptoms. Descriptive psicopathology since the 19th century*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Berrios, German and Dening, Tom R.** 1999 "Introducción a "El significado de los complejos sintomáticos en Psiquiatría"". EN *Los síntomas de la locura*, EDITADO POR Alfred Hoche, Emil Kräpelin and Oswald Bumke. Fundación Archivos de Neurobiología; Editorial Triacastella: Madrid.
- Berrios, German y Porter, R.** (Ed.) 1995 *The history of clinical psychiatry*. Athlone: London.
- Bertaux, Daniel** 1995 "Social Genealogies commented on and compared: an instrument of observing social mobility processes in the "longue durée"" EN *Current Sociology* 43 (2/3); 43(2/3): 69-88.
- Bertaux, Daniel** 1981 *Biography and society*. Sage: London
- Bertaux, Daniel** (Ed.) 1981 *Bigraphy and society: The Life History Approach in Social Sciences*. Sage: London.
- Bertolino, M.** 1981 "La crisi del concetto di imputabilità" EN *Revista Italiana di diritto e procedura penale*; 207.
- Bevis, Phil et. al.** 1989 "Archaeologizing genealogy: Michel Foucault and the Economy of Austerity" EN *Economy and Society*; 18(3): 321-345.
- Bibeau, Gilles** 1985 "From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and western medicines" EN *Soc. Sci Med.*; 21(8): 937-943.

- Bibeau, Gilles** 1982 "A Systems Approach to Ngandi Medicine". EN *Yoder* 1982, pp. 42-84.
- Billing, M.** 1991 *Ideology and Social Psychology*. Blackwell: Oxford
- Bittner, Egon** 1967 "Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons" EN *Social Problems*; 14: 278-292.
- Blair, Alan.** 1993 "Social class and the contextualization of illness experience". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 27-48. Routledge: London.
- Blanchet, A.** (Ed.) 1985 *L'entretien dans les sciences sociales*. Dunod/Bordas: Paris.
- Blanchot, Maurice** 1988 (1986) *Michel Foucault tal y como yo lo imagino*. Pre-textos: Valencia
- Blasco, K.H.** 1976 "'Wise word" of the western apache: metaphor and semantic theory". EN *Selby* 1976.
- Blauner, Bob** 1987 "Problems of editing "first-person" sociology" EN *Quantitative Sociology*; 10(1): 46-64.
- Blaxter, Mildred** 2000 "Class, time and biography". EN *Health, Medicine and Society. Key theories, future agendas*, EDITADO POR S.J. Williams, J. Gabe and M. Calnan, pp. 27-50.
- Blaxter, Mildred** 1993 "Why do the victims blame themselves?". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 124-142. Routledge: London.
- Blaxter, Mildred** 1990 *Health and Life Styles*. Routledge: London
- Blaxter, Mildred y Paterson, E.** (Ed.) 1982 *Mothers and daughters: a three-generational study of health attitudes and behavior*. Heineman Educational Books: London.
- Blecua Fraga, Ramón** 1992 *Legislación Militar*. Civitas: Madrid
- Bleger, J.** 1977 "La entrevista sociológica (Su empleo en el diagnóstico y la investigación)". EN *Temas de Psicología (Entrevista y Grupos)*, EDITADO POR VV.AA. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Blauer, E.** 1942 *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. Llopis Lloret, Morata: Madrid
- Block, A.** 1980 "Rams and billy-goats: a key to the mediterranean code of honour" EN *Man*; 16: 427-440.
- Bloom, Samuel W.** 2002 *The Word as Scalpel. A History of Medical Sociology*. Oxford U.P.: New York
- Bloor, David** 1998 (1971) *Conocimiento e imaginario social*. Gedisa: Barcelona
- Blumer, Herbert** 1982 (1969) *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Hora: Barcelona
- Blumer, Herbert** 1969 *Symbolic interactionism*. Prentice Hall: New Jersey
- Boas, Franz** 1990 (1911) *Cuestiones fundamentales de antropología cultural*. Circulo Lectores: Barcelona
- Boas, Franz** 1966 *Race, Language and Culture*. Free P.: New York
- Boas, Franz** 1964 *The Central Eskimo*. Nebraska, UP: Lincoln, Ne.
- Boas, Franz** 1940 *Race, Language and Cultura*. McMillan: New York
- Boas, Franz** 1938 *The Mind of the primitive man*. McMillan: New York
- Bobes García, Julio, Bousoño García, Manuel, Calcedo Barba, Alfredo y González García-Portilla, María Paz** (Ed.) 2000 *Trastorno del Estrés Postraumático*. Masson: Barcelona.
- Boden, D. y Zimmerman, D.H.** (Ed.) 1991 *Talk and social structure*. Polity P.: Cambridge.
- Boden, Deirdre** 1990 "People are talking: conversation analysis and symbolic interaction". EN *Symbolic Interaction and Cultural Studies*, EDITADO POR Howard S. Becker. Chicago U.P.: Chicago.
- Bogdan, Robert** 1974 *Being Diffent: The Autobiography of Jane Fry*. John Wiley: London
- Bollini, María Teresa** 1994 *La teoría general de sistemas y el origen olvidado de una "psicología sistémica"*. Lumen: BBAA
- Bolton, Richard** (Ed.) 1989 *The Contest of Meaning: Critical Histories of Photography*. MIT Press: Cambridge.
- Boocock, Sarane S.** 1972 *An introduction to the sociology of learning*. Houghton Mifflin: New York
- Bordo, S.R.** 1989 "The Body and the reproduction of femininity: a feminist appropriation of Foucault". EN *Jaggar-Borde* 1989, pp. 13 y ss.
- Borgatta, Edgar F. y Borgatta, Marie L.** 1992 *Encyclopedia of Sociology*. McMillan: New York
- Boulding, Kenneth E.** 1961 *The Image. Knowledge in Life and Society*. Michigan U.P.: Michigan
- Boundon, R. y Bourricaud, F.** (Ed.) 1989 *A critical dictionary of Sociology*. Roudledge: London.
- Bourdieu, Pierre** 1997 *Outline of a theory of practice*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Bourdieu, Pierre** (Ed.) 1993 *La misère du monde*. Seuil: Paris.
- Bourdieu, Pierre** 1991 *El sentido práctico*. Taurus: Madrid
- Bourdieu, Pierre** 1989 "La ilusión biográfica" EN *Historia y fuente Oral*; 2: 27-33.
- Bourdieu, Pierre** 1980 *Le sens pratique*. Minuit: París
- Bourque, Susan C. y Warren, Kay Barbara** (Ed.) 1981 *Women of the Andes. Patriarchy and Social Change in Two Peruvian Towns*. Michigan U.P.: Michigan.
- Bouza Rey, Fermín** 1982 *Etnografía y folklore de Galicia 2 vols*. Galaxia: Vigo
- Bouza, Fernando** 1991 *Locos, enanos y hombres de placer en la corte de los Asturias. Oficio de burlas*. Temas de Hoy: Madrid
- Bowersock, G.W.** 1991 "Momigliano's quest for the person" EN *History and theory*; 30(4): 27-36.
- Bowie, Malcolm** 1991 *Lacan*. Fontana Press: Glasgow
- Boyd, Richard** (Ed.) 1991 *The philosophy of science*. MIT Press: Cambridge, Ma.
- Boynkin, A. y Winland-Brown, J.** 1995 "The dark side of caring: Challenges of caregiving" EN *Journal of Gerontological Nursing*; 21: 13-18.
- Bozzini, L. y al., et** (Ed.) 1981 *Médecine et société. Les années 80*. Saint-Martin: Montreal.
- Bradley, Lynn** 2000 *Manic-Depression: How to Live While Loving a Manic Depressive*. Emerald Ink Publishing: Houston, Texas
- Braginsky, Benjamin M., Braginsky, Dorothea y Ring, Kenneth** 1969 "Methods of madness: the mental hospital as a last resort".
- Brandes, S.** 1985 "Women of southern Spain: aspirations, fantasies, realities" EN *Anthropology*; 9: 111 y ss.
- Brandes, Stanley** 1983 "Les autobiografies etnografiques en l'antropologia americana" EN *Arxiu d'Entonografia de Catalunya*; 2: 99-128.
- Brendel, David H.** 2006 *Healing Psychiatry. Bridging the Science / Humanism Divide*. MIT Press: Cambridge, Ma.
- Brenner, M. Harvey** 1973 *Mental illness and the economy*. Harvard U.P.: Cambridge, Ma.
- Breton, Yvan D.** 1987 "Ecosystems, social classes and helieutic devolpment in the gulf of Mexico: The centrifugal elements of management policies in estuarine fishing" EN *Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology*; (Oaxaca, México).
- Breton, Yvan D.** 1977 "La influencia de la modernización en los modos de producción en la pesca de costa: un ejemplo de Venezuela". EN *Those who live from the sea*, EDITADO POR M. Estellie Smith. West Publishing Co: New York.
- Brettell, C.B.** 1985 "Male migrants and unwed mothers: illegitimacy in a Northwestern Portuguese Town" EN *Anthropology*; 9: 87-110.
- Briggs, Ch.L.** 1986 *Learning how to ask*. Cambridge U.P.: London
- Brinthaup, T.M. y Lipka, R.P.** (Ed.) 1992 *The self: Definitional and methodological issues*. New York U.P.: New York.
- Briones Gómez, R.** 1997 "El recurso a lo religioso en el itinerario terapéutico". EN *Medicina popular e antropoloxía da saúde*, EDITADO POR Consello da Cultura Galega, pp. 197-220. Consello da Cultura Galega: Santiago.
- Brislin, K.W.** (Ed.) 1973 *Cross-cultural reasearch methods*. John Wiley: New York.
- Broman, Clifford C.** 1987 "Race differences in professional help-seeking" EN *American Journal of Community Psychology*; 15: 473-487.
- Bromberg, Walter** 1975 *From Shaman to psychotherapist*. Henry Regnery: Chicago
- Brown, C.S.** 1988 *Like it was: a complete guide to write oral history*. Teacher and writers collaborative: New York

- Brown, George W.** 1974 "Meaning, measurement, and stress of life events". EN *Stressful life events: their nature and effects*, EDITADO POR Bruce P. Dohrenwend and B. S. Dohrenwend, pp. 217-243. Wiley: New York.
- Brown, George W. y Birley, J. L. T.** 1968 "Crisis and life changes and the onset of schizophrenia" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 9: 203-214.
- Brown, George W., Birley, J. L. T. y Wing, J.K.** 1972 "Influence of family life on the course of schizophrenic disorders" EN *British Journal of Psychiatry*; 121(241): 258.
- Brown, George W., Bone, Margaret, Dalison, Bridgit y Wing, J.K.** (Ed.) 1966 *Schizophrenia and social care: a comparative follow-up study of 339 schizophrenia patients*. Oxford U. P.: New York.
- Brown, George W., Gary, Lawrence E., Greene, Angela D. y Milburn, Norweeta G.** 1992 "Patterns of social affiliation as predictors of depressive symptoms among urban blacks" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 33: 203-214.
- Brown, George W. y Harris, Tirril** 1978 *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Free Press: New York
- Brown, L.G.** 1942 *Social Pathology: Personal and social disorganization*. Crofts: NY
- Brown, P.** (Ed.) 1989 *Perspectives in Medical Sociology*. Wadsworth: Belmont.
- Brown, P.** 1987 "Diagnostic conflict and contradiction in psychiatry" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 28: 37-50.
- Brown, Phil** 2000 *Medical Sociology*. Waveland Press: Illinois
- Brumberg, Joan Jacobs** 2003 *Kansas Charley. The boy murderer*. Penguin: New York
- Brumberg, Joan Jacobs** 1988 *Fasting girls: The emergence of Anorexia nervosa as a modern disease*. Harvard UP: New York
- Bruner, J.** 1990 *Acts of meaning*. Harvard U.P.: Cambridge, Ma.
- Bruner, Jerome** 1995 "The autobiographical process" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 161-177.
- Bruner, Jerome** 1991 (1990) *Actos de significación*. Alianza: Madrid
- Bruner, Jerome** 1987 "Life as narrative" EN *Social Research*; 54(1): 114-32.
- Bruner, Jerome** 1986 *Actual minds, possible worlds*. Harvard U.P.: Cambridge
- Bruner, Jerome y Weisser, S.** (Ed.) 1995 *Autobiography and the construction of self*. Harvard U.P.: Cambridge.
- Bryce Echenique, Alfredo** 1993 *Permiso para vivir (Antimemorias)*. Anagrama: Barcelona
- Brydon, Lynne y Chant, S.** (Ed.) 1989 *Women in the third world*. .
- Buckley, Peter F. y Waddington, John L.** (Ed.) 2000 *Schizophrenia and Mood Disorders: The New Drug Therapies in Clinical Practice*. Butterworth-Heinemann: Oxford.
- Buechler, C. y Buechler, M.** 1981 *Carmen. The autobiography of a Spanish Galician woman*. Schenkman P.Comp.: Cambridge, Ma.
- Buell, Paul D.** 1984 "Theory and practice of traditional chinese medicine" EN *East Asian Colloquium, January 1984 (mecanografiado)*..
- Bueno, Gustavo** 1996 *El Mito de la cultura. Ensayo de una filosofía materialista de la cultura*. Prensa Ibérica: Barcelona
- Bueno, Gustavo** 1990 *Nosotros y ellos. Ensayo de reconstrucción de la distinción emic / etic de Pike*. Pentalfa: Oviedo
- Bulbena, Antonio** 1991 (1980) "Psicopatología de la afectividad". EN *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, EDITADO POR Julio Vallejo Ruiloba, pp. 188-203. Salvat: Barcelona.
- Bulbena, Antonio** 1991 "Tratamiento electroconvulsivo: estado actual (Comunicación Cursos verano U.Complutense, El Escorial, Madrid)" EN *Mecanografiado*..
- Bulmer, Martin** 1984 *The Chicago School of Sociology: Institutionalization, Diversity, and the Rise of Sociological Research*. Chicago U. P.: Chicago
- Burgess, R.G.** 1982 *Field research: a sourcebook and field manual*. George Allan and Unwin: London
- Burke, K.** 1966 *Language as symbolic action*. U. California P.: Berkley
- Burling, R.** 2004 (1962) "Teorías de la maximización y el estudio de la antropología económica". EN *Introducción y guía al estudio de la antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu, pp. 74-78. UNED: Madrid.
- Burrell, Gibson** 1988 "Modernism, Post Modernism and Organizational Analysis 2: The Contribution of M.Foucault" EN *Organization Studies*; 02(Sep): 221-2235.
- Bury, Michael** 1997 *Health and Illness in a changing society*. Routledge: New York
- Busfield, Joan** (Ed.) 2001 *Rethinking the Sociology of Mental Health (Sociology of Health and Illness Monographs)*. Wiley-Blackwell: New York.
- Bustos Ramírez, Juan** 1987 *Control social y sistema penal*. P. Universitarias: Barcelona
- Bustos Ramírez, Juan** 1984 *Manual de Derecho Penal. Parte General*. Ariel: Barcelona
- Bustos Ramírez, Juan** 1984 *Manual de derecho penal español*. Ariel: Barcelona
- Butler, J.** 1993 *Bodies that matter*. Routledge: London
- Button, G. y Lee, J.** (Ed.) 1986 *Talk and social organization*. Multilingual Matters: Bath.
- Byron, R.F.** 1992 "Ethnography and Biography: On the Understanding of Culture" EN *Rithnos*; 57(3-4): 168-182.
- Bücher, G.** 1981 *Lenz*. Montesinos: Barcelona
- Cabaleiro Goás, Manuel** 1997 (1968) *Síndromes psicopatológicas condicionadas pola inmigración e emigración. Aspectos psicopatolóxicos axiais, psicodinámicos e socioculturais*. Xunta de Galicia: Santiago
- Cabaleiro Goás, Manuel** 1993 (1953) *A psiquiatría na medicina popular galega (Tesis doctoramente, U. Madrid)*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela
- Cabaleiro Goás, Manuel** 1992 (1953) "A psiquiatría na medicina popular galega: etiopatoxénia". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 123-40. Laiovento: Santiago.
- Caballero Romero, Juan José** 1991 "Etnometodología: una explicación de la construcción social de la realidad" EN *REIS*; 56: 83-114.
- Cabrera Forneiro, J. y Fuertes Rocañin, J.C.** (Ed.) 1990 *Psiquiatría y Derecho*. Aran: Zaragoza.
- Cabrera Varela, Julio** 1987 *As fontes da socioloxía*. Coordinadas: Santiago
- Cabrera Varela, Xulio** 1990 *O combate dos deuses. Unha introducción a Weber*. Xerais: Vigo
- Cacabelos, Ramón** (Ed.) 1988 *Demencia Senil. Aspectos biomédicos y sociosanitarios*. Xunta de Galicia: Santiago.
- Cadenas Ramos, Hugo** 2005 "Antropología Aplicada en una sociedad compleja" EN *Revista Mad. Departamento de Antropología de la Universidad de Chile*; 13(1): 9.
- Cais, Jordi y al., et** 1993 *Desigualdad y Morbilidad*. Fundación argentaria: Madrid
- Calame, Claude** 1989 "Practiques discursives de l'asile en Suisse: assimiler pour refouler" EN *Reveu Suisse de sociologie*; 15(1): 75-94.
- Calcedo Ordóñez, A.** 1982 *El peritaje psiquiátrico*
- Calnan, M.** 1987 *Health and illness: the lay perspective*. Tavistock: London
- Calnan, M. y Manning, N.** (Ed.) 1985 *Sociological Approaches to Health and Medicine*. Croom Helm: London.
- Calo Lourido, Francisco** 1996 *Xentes do Mar. Traballos tradición e costumes*. A Nosa terra: Vigo
- Calo Lourido, Francisco** 1996 *Xentes do mar : traballos, tradicións e costumes*. A Nosa Terra: Vigo
- Calo Lourido, Francisco** 1980 *As artes da pesca*. Museo do Pobo Galego: Santiago
- Calo Lourido, Francisco** 1978 *La cultura de un pueblo mariner: Porto do Son*. U. Santiago: Santiago
- Calo Lourido, Francisco** 1978 *La Cultura de un pueblo mariner : Porto do Son*. U. Santiago Compostela: Santiago
- Camarroff, Jean** 1988 "Medicine: Symbol and ideology". EN *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*, EDITADO POR Peter Wight and A. Treacher. Edinburgh U.P.: Edimburgo.
- Campbell, C.** 1987 *The Romantic Ethics and the Spirit of Modern Consumerism*. Blackwell: Oxford
- Canals, Josep y Romaní, O.** 1996 "Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing" EN *Archipiélago*; 25: 51-60.

- Cancian, Frank** 2004 "Maximización como norma, como estrategia y como teoría: un comentario sobre las declaraciones programáticas en la Antropología Económica". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Felio. UNED: Madrid.
- Canguilhem, Georges** 1978 (1966) *On the normal and the pathological. Studies in the History of Modern Science*. Reidel: Holanda
- Cannon, W.B** 1942 "Voodoo Death" EN *American Anthropologist*; 44: 169-181.
- Cannon, W.B** 1932 *The wisdom of the body*. Norton: NY
- Caparros, N.** 1992 "Un enfoque diagnóstico a través de los núcleos de personalidad de base". EN *Avila y Rodriguez* 1992.
- Caplan, Paula** (Ed.) 1995 *They say you're crazy: how the world's most powerful psychiatrists decide who's normal*. Addison-Wesley: Reading, MA.
- Caplan, Paula y Cosgrove, Lisa** 2004 *Bias in Psychiatric diagnosis*. Jason Aronson: New York
- Carandel, Luis** 1974 "La huelga de los MIR" EN *Triunfo*.
- Carandel, Luis** 1974 "El caso del psiquiátrico de Conjo" EN *Triunfo*.
- Carbonell Mateu, J.C.** 1987 "Aspectos penales". EN *Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, EDITADO POR Juan Luis Gómez Colomer and et al. Cívitas: Madrid.
- Cardoso, E.H. y Faletto, E.** 1979 *Dependency and Development in Latin America*. California U.P.: Berkley
- Carles, Francisco, Muñoz, Isabel, Llor, Carmen y Marset, Pedro** (Ed.) 2000 *Psicoanálisis en España (1893-1968)*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.
- Carlson, Trudy** 2000 *The Life of a Bipolar Child: What Every Parent and Professional Needs to Know*. Benline Press: Duluth, Minn
- Carmona, Francisco J.** 1995 *Cambios en la identidad católica: Juventud de Alfonso Carlos Comín*. Prodhufi.: Madrid
- Caro Baroja, Julio** 1995 (1978) *Las formas complejas de la vida religiosa. Religión, sociedad y carácter en la España de los siglos XVI y XVII. 2 Volúmenes*. Círculo de lectores: Madrid
- Caro Baroja, Julio** 1968 (1961) *Las brujas y su mundo*. Alianza: Madrid
- Carpintero Capell, Heliodoro** 2004 *Historia de la psicología en España*. Pirámide: Madrid
- Carpintero Capell, Heliodoro** 1996 *Historia de las ideas psicológicas*. Pirámide: Madrid
- Carpintero Capell, Heliodoro** 1976 *Historia de la psicología*. UNED: Madrid
- Carpintero Capell, Heliodoro, Quiñones, Elena y Tortosa, Francisco** (Ed.) 1993 *Historia de la psicología, textos y comentarios*. Tecnos: Madrid.
- Carrasco Gómez, J.J.** 1990 *Responsabilidad médica y psiquiátrica*. Codex: Madrid
- Carrasco Gómez, J.J.** 1989 *Responsabilidad profesional en psiquiatría*. Codex: Madrid
- Carrero, P. y Cabaleiro, F.M.** 1973 "La emigración como factor sociogénico de trastornos psiquiátricos" EN *Ponencia del XII Congreso nacional de Neuropsiquiatría*; 221-53.
- Carretero Pasín, Ángel Enrique** 2004 *Michel Maffesoli*. Bahía: A Coruña
- Carretero Pasín, Ángel Enrique** 2001 *Imaginario sociales y crítica ideológica. Una perspectiva para la comprensión de la legitimación del orden social*; UNIVERSIDAD Santiago de Compostela.
- Carrithers, Michael** 1990 "Is anthropology art or science?" EN *Current Anthropology*; 91: 263-280.
- Carrithers, Michael y al., Et** (Ed.) 1985 *The Category of the Person: Anthropology, Philosophy, History*. Cambridge U.P.: Cambridge.
- Carrol, Lewis** 1984 *Alicia en el país de las maravillas*. Alianza: Madrid
- Caruso, Paolo** 1969 (1969) *Conversaciones con Levi-Strauss, Foucault y Lacan*. Anagrama: Barcelona
- Casal Vila, Benjamín** 1984 *A Galicia campesina*. Galaxia: Vigo
- Casey, Neil** 2002 *Unholy Ghost: Writers on Depression*. Perennial
- Castan Tobeñas, José** 1951 *Derecho civil español. 3 Vols*. REUS: Madrid
- Castel, Françoise y Castel, Robert, et al.** 1980 (1979) *La sociedad psiquiátrica avanzada. El modelo norteamericano*. Anagrama: Barcelona
- Castel, Robert** 1995 *La metamorfosis social*. Fayard: París
- Castel, Robert** 1992 "The two readings of *Historie de la folie* of Foucault in France". EN *Rewriting the History of Madness. Studies in Foucault's Historie de la folie*, EDITADO POR Arthur Still and Irving Velody, pp. 65-69. Routledge: London.
- Castel, Robert** 1984 *La gestión de los riesgos*. Anagrama: Barcelona
- Castel, Robert** 1983 "Prólogo". EN *Miserables y locos*, EDITADO POR Fernando Álvarez Uría. Tusquets: Barcelona.
- Castel, Robert** 1980 (1975) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. La Piqueta: Madrid
- Castilla del Pino, Carlos** 2004 *Casa del Olivo. Autobiografía (1949-2003)*. Tusquets: Barcelona
- Castilla del Pino, Carlos** 2000 *Teoría de los sentimientos*. Tusquets: Barcelona
- Castilla del Pino, Carlos** 1998 *El delirio, un error necesario*. Nobel: Oviedo
- Castilla del Pino, Carlos** 1997 *Pretérito imperfecto*. Tusquets: Barcelona
- Castilla del Pino, Carlos** 1995 *Celos, locura, muerte*. Temas de Hoy: Madrid
- Castilla del Pino, Carlos** 1994 "Bases para una teoría psico(pato)ológica" EN *Información psiquiátrica*; 137.
- Castilla del Pino, Carlos** 1991 *Un estudio sobre la depresión*. Península: Barcelona
- Castilla del Pino, Carlos** 1988 "Psicosis, psicótico" EN *Rev. Esp. De la Asoc. De Neuropsiquiatría*; LI,2-3.
- Castilla del Pino, Carlos** 1987 *Cuarenta años de psiquiatría*. Alianza: Madrid
- Castilla del Pino, Carlos** 1979 *Introducción a la psiquiatría I. Problemas generales. Psico(pato)logía I. II. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica*. Alianza: Madrid
- Castilla del Pino, Carlos** 1977 "La psiquiatría española (1939-1975)". EN *La cultura bajo el franquismo*, EDITADO POR AA. VV., pp. 79-102. Bolsillo: Barcelona.
- Castilla del Pino, Carlos** 1976 "La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual". EN *Las marginación de los locos y el derecho*, EDITADO POR R. Bercovitz vol. 22-Sep. Taurus: Madrid.
- Castilla del Pino, Carlos** 1970 *Naturaleza del saber*. Taurus: Madrid
- Castillo Santos, Ramón del** 2003 *Teoría de la cultura contemporánea*. UNED: Madrid
- Castoriadis, Cornelius** 1998 (1986) *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*. Gedisa: Barcelona
- Castro Calvo, B. and Pais Pazos, I.** 1995 "A memoria popular en Gonzar a fins do século XX". EN *Anorexia: dieta, estética, crencas*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 31-42. Museo do Pobo Galego: Santiago de Compostela.
- Castro, A. y Singer, M.** 2004 *Unhealthy health policy: a critical anthropology examination*. Rowman Altamira: New York
- Castro, Luis N. de.** 1932 *Hombres rotos: La emoción, el dolor, la enfermedad, el deseo de vivir y la muerte de los tuberculosos*. Ediciones Ulises: Madrid
- Castro, Rosalía de** 1884 *El primer loco*
- Catalano, Ralph y Dooley, C. David** 1977 "Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 18(292): 307.
- Catani, Maurizio** 1995 "'Even if we were to tell it, we would not be believed': a lesson from the work of Primo Levi" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 137-160.
- Caudill, W.** 1958 *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Harvard U.P.: Cambridge, Ma.
- Caudill, W.** 1953 "Applied Medicine in Anthropology". EN *Anthropology To-Day*, EDITADO POR Alfred Kroeber, pp. 771-806. Chicago U.P.: Chicago.
- Cebreiro, Marcelo R.** 1991 "Historia del Romance de la locura y la sociedad". EN *Cebreiro et al.* 1991.
- Cebreiro, Marcelo R. y al., Et** 1991 *Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica*. Nadr: Buenos Aires
- Cebreiro, Marcelo R. y Linares, Juan L** (Ed.) 2000 *Locura, marginación y libertad. Un análisis crítico del enfermo mental y el manicomio, su segregación social y la posibilidad de*

- cambio. Ediciones Culturales Universitarias Argentinas: Buenos Aires.
- Ceberio, Marcelo R. y Watzlawick, Paul** 1998 *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder: Barcelona
- Cela Conde, Camilo José y Ayala, Francisco** 2005 (2001) *Senderos de evolución humana*. Alianza: Madrid
- HealthServices, CenterforMental** 1992 *Mental health, United States, 1992*. US Government: Washington, DC
- CentroInvestigacionesSociológicas** 1990 *Estructura Social y Salud. Análisis del acceso a la asistencia sanitaria y a los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud*. C.I.S.: Madrid
- Cerezo Mir, José** 1982 *Problemas fundamentales del derecho penal*. Tecnos: Madrid
- Cerón González, Cesáreo** 1996 *Luis Valenciano, Psiquiatra*. Universidad de Murcia: Murcia
- Chamberlin, Judi** 1978 *On our own*. McGraw Hill: New York
- Chambon, A.S.** 1995 "Life History as Dialogical Activity: "If you ask me the right questions, I could tell you" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 125-135.
- Chao Rego, Xosé** 1995 "Relixión oficial e relxiosidade popular. Reflexión sobre a espiritada de Gonzar". EN *Anorexia: dieta, estética, creanzas*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 43-61. Museo do Pobo Galego: Santiago de Compostela.
- Chardin, Teilhard de** 1974 *El fenómeno humano*. Taurus: Madrid
- Charmaz, C. y Paternini, D.** (Ed.) 1999 *Health, Illness and Healing*. Roxbury P.C.: Los Angeles.
- Chiarugi, Vincenzo** 1987 (1793-4) *On insanity and its classification*. Science History Publications U.S.A.
- Chibnik, Michael** 1985 "The use of statistics in sociocultural anthropology" EN *Annual Review of Anthropology*; 14: 135-157.
- Chignola, Sandro** 2004 "Líneas de investigación sobre la historia del concepto de sociedad. La conclusión sociológica y la transición gubernamental" EN *Historia contemporánea*; 28: 33-46.
- Chirban, John T.** 1996 *Interviewing in Depth. The Interactive-Relational Approach*. Sage: London
- Chrisman, N.J.** 1977 "The health-seeking process: an approach to the natural history of illness" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 1(4): 351-77.
- Chrisman, N.J. y Maretzky, T.W.** (Ed.) 1982 *Clinical Applied anthropology*. Reidel: Dordrecht.
- Church, Kathryn** 1995 *Forbidden narratives. Critical autobiography as social science*. Gordon and Breach: Amsterdam
- Chávarri, J.** 1976 *El desencanto*. Manga films: Madrid.
- Chávez, Leo R.** 1984 "Doctors, curanderos and brujas: Health care delivery and Mexican Immigrants in San Diego" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 15(2): 31-37.
- Chávez, Leo R. et. al.** 1992 "Undocumented Latin American Immigrants and U.S. Health Services: An approach to a Political Economy of utilization" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 6(1): 6-26.
- Cicerón, Marco T.** 2005 *Disputaciones tusculanas*. Gredos: Madrid
- Cicourel, Aaron V.** 1987 "Aspectos organizativos y cognoscitivos del razonamiento del diagnóstico médico". EN *Fernández Martorel* 1987. *Leer la ciudad*. Barcelona: ICaria, pp. 225-253.
- Cicourel, Aaron V.** 1983 "Hearing is not Believing: Language and the Structure of Belief in Medical Communication". EN *Fisher and Dundas* 1983, pp. 221-239.
- Cicourel, Aaron V.** 1982 (1964) *El método y la medida en la sociología*. Nacional: Madrid
- Cicourel, Aaron V.** 1973 *Cognitive sociology. Language and meaning in social interaction*. Penguin: London
- Claramunt, Fernando** 2004 *Psiquiatría Viva. Memorias Autobiográficas*. Biblioteca Nueva
- Clements, F.E.** 1932 "Primitive concepts of disease" EN *American Archeology and Ethnology*; 32(2): 185-252.
- Clendinnen, Inga** 2003 *Dancing with strangers. The true history of the meeting of the British first fleet and the aboriginal Australinas, 1788*. Cannon gate: Melbourne
- Clifford, James** 1990 "Notes on (Field)Notes". EN *Sanjek* 1990.
- Clifford, James** 1981 "Orientalism by Edward Said" EN *History and Theory*; 19: 204-233.
- Clifford, James y Marcus, G.E.** (Ed.) 1986 *Writing culture: the poetics and politics of ethnography*. California U.P.: Berkley.
- Clifford, James y Marcus, George E.** (Ed.) 1991 *Retóricas de la antropología*. Jucar: Madrid.
- Clooney, Rosemary** 1977 *This for Remembrance*. Playboy Press: New York
- Cobo del Rosal, M. y Vives, T.** (Ed.) 1985 *La reforma del código penal de 1983*. Edersa: Madrid.
- Cobros Mendoza, Eduardo** 1981 "Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales".
- Cockerham, William C.** 2006 *Medical sociology*. Prentice-Hall: New Jersey
- Cockerham, William C.** 1996 *Sociology of mental Disorder*. Prentice-Hall: New Jersey
- Cockerham, William C.** 1991 *This aging society*. Prentice-Hall: New Jersey
- Cockerham, William C.** 1990 "A test of the relationship between race, socioeconomic status and psychological distress" EN *Social Science and Medicine*; 31: 1321-1326.
- Cockerham, William C.** 1990 "Becoming mentally ill: a symbolic interactionist model". EN *Studies in symbolic interaction*, EDITADO POR Norman K. Denzin, pp. 339-350. JAI Press: New Jersey.
- Cockerham, William C.** 1985 "Sociology and Psychiatry". EN *Comprehensive textbook of psychiatry*, EDITADO POR H. Kaplan and B. Sadock, pp. 265-273 vol. I. Williams and Wilkins: Baltimore.
- Cockerham, William C.** 1984 "Mental disorder in the People's Republic of China" EN *Journal of International and Comparative social welfare*; 1: 40-51.
- Cockerham, William C.** 1979 "Labeling theory and mental disorder: a synthesis of psychiatric and social perspectives". EN *Studies in symbolic interaction*, EDITADO POR Norman K. Denzin, pp. 257-280.
- Cockerham, William C.** 1978 "Interactional considerations in studying American Indians: the case of adolescent self-esteem" EN *Symbolic Interaction and Cultural Studies*; 2: 43-58.
- Cockerham, William C. y Blevins, Audie L Jr.** 1976 "Open schools versus traditional school: self-identification among Native American and white adolescents" EN *Sociology of Education*; 49: 164-169.
- Cockerham, William C. y a., et** (Ed.) 1998 *Readings in medical sociology*. Prentice hall: New Jersey.
- Cockerham, William C., Kunz, Gerhard y Lueschen, Guenther** 1988 "Psychological distress, perceived health status and physician utilization in West Germany" EN *Social Science and Medicine*; 26: 829-838.
- Coccozza, Joseph J. y Steadman, Henry J.** 1978 "Prediction in psychiatry: an example of misplaced confidence in experts" EN *Social Problems*; 25: 265-276.
- Coccozza, Joseph J. y Steadman, Henry J.** 1976 "The failure of psychiatric predictions of dangerousness: clear and convincing evidence" EN *Rutgers Law Review*; 29: 1084-1101.
- Coe, R.** (Ed.) 1973 *Sociología de la medicina*. Alianza: Madrid.
- Coffey, A. y Atkinson, P.** 1996 *Making sense of qualitative data: Complementary research desing*. Sage: London
- Cohen, Abner** 1980 "Political anthropology: the analysis of the symbolism of power relations" EN *Man*.
- Cohen, Anthony P.** 1994 *Self Consciousness. An Alternative Anthropology of Identity*. Routledge: London
- Cohen, Anthony P.** 1985 *The symbolic construction of Community*. Tavistock: London
- Cohen, Anthony P y Rapport, Nigel** (Ed.) 1995 *Questions of consciousness*. Routledge: London.
- Cohen, Bernard** 1987 *An anthropologist among the historians and other essays*. Oxford U. P.: Oxford
- Cohen, David** 1988 *Forgotten Millions. The Treatment of the Mentally Ill. A Global Perspective*. Paladin: London
- Cohen, L. H. y Freeman, H.** 1945 "How dangerous to the community are state hospital patients?" EN *Connecticut state medical Journal*; 9: 697-699.
- Cohen, M.** 1996 *Dirty Details: The Days and Nights of a Well Spouse*. Temple U.P.: Philadelphia

- Cohen, Ronald** 1988 "Human rights and cultural relativism" EN *American Anthropologist*; 91(4): 1014-1017.
- Cohen, Rosalie** 1974 "Neglected legal dilemmas in community psychiatry". EN *Social perspectives on community mental health*, EDITADO POR P. Roman and H. Trice, pp. 69-82. Davis: Philadelphia.
- Cohn, Bernard** 1980 "History and anthropology: the state of play" EN *Comparative studies in society and history*; 22(2): 198-221.
- Collington, R.** 1979 "Vingt ans travaux à la clinique psychiatrique de Fann-Dakar" EN *Psychopathologie Africaine (nombre especial)*; XIV: 2-3.
- Collins, H.M.** 1993 "The structure of knowledge" EN *Social Research*; 60(1): 95-117.
- Collins, R.** 1981 "On the microfoundations of macrosociology" EN *American Journal of Sociology*; 86: 984-1014.
- Collins, R.** 1975 *Conflict sociology*. Academic Books: New York
- Collomb, H.** 1973 "Recontre de deux systemes de soins. A propos de therapeutiques de maladies mentales en Afrique" EN *Social science and Medicine*; 7(8): 623-633.
- Colomb, G. and Williams, J.** 1985 "Perceiving Structure in professional prose: a multiply determined experience". EN *Odell-Goswami* 1985, pp. 87-128.
- Colomb, Gregory** 1988 *Disciplinary Secrets and the apprentice writer: the lessons for critical thinking*. Institute for Critical Thinking Publication: New Jersey
- Colomb, Gregory y Williams, Josep** (Ed.) 1985 *Writing in non-academic settings*. Guilford: New York.
- Colson, A.C. y Serby, K.** 1974 "Medical anthropology" EN *Biennial Review of Anthropology, Stanford U.P.*; 245-262.
- Comaroff, Jean** 1988 "Medicine: symbol and ideology". EN *Wight-Treacher* 1988, pp. 48-68.
- Comelles, Josep M.** 2006 *Stultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*. Milenio: Lleida
- Comelles, Josep M.** 2000 "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo". EN *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la cultura*, EDITADO POR Enrique Perdiguer and Josep M. Comelles, pp. 305-352. Bellaterra: Barcelona.
- Comelles, Josep M.** 1997 "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual" EN *III Jornadas aragones de Educación para la salud, Teruel*.
- Comelles, Josep María** 1997 "De las supersticiones a la medicina popular. La transición de un concepto religioso a un concepto médico". EN AA. VV. 1997, pp. 247-280.
- Comelles, Josep María** 1989 "El proceso de asistencia. Bases para una antropología de la medicina en la sociedad española". EN AA. VV. 1989.
- Comelles, Josep María** 1988 *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. PPU: Barcelona
- Comelles, Josep María y Martínez Hernández, Ángel** 1993 *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Eudema: Madrid
- Humanos, Comisión de Ciudadanos por los Derechos** 2004 "Pseudo Ciencia. Los diagnósticos falsos de la psiquiatría. Informes y recomendaciones sobre el fraude sin ciencia perpetrado por la psiquiatría" EN *Comisión de Ciudadanos por los derechos humanos*; www.ccdh.es: 1-32.
- Comte, A.** 1985 (1830) *Curso de filosofía positiva (lecciones 1 y 2). Discurso sobre el espíritu positivo*. Orbis: Madrid
- Concello da Cultura Galega** 2003 *A sociedade galega e o idioma. A evolución sociolingüística de Galicia (1992 - 2003)*. Concello da Cultura Galega: Santiago
- Condon, J.M. y Saiz, López** 1954 *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*. Aldecoa: Burgos
- Conrad, Peter** 2007 *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins UP: New York
- Conrad, Peter y Kern, R.** (Ed.) 1994 *The sociology of health and illness: critical perspectives*. St Martin's P.: New York.
- Conrap, P.** 1987 "The experience of illness: Recent and new directions" EN *Research in sociology of Health care*; 6: 1-31.
- Conrap, P. y Schneider, J.W.** 1980 *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Mosby: St. Louis
- Consello Económico e Social de Galicia** 2002 *O Sector pesqueiro en Galicia*. Consello Económico e Social de Galicia: Santiago
- Cook, Scout** 2004 "The Obsolete "Antimarket" Mentality". EN *Introducción al estudio de la antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Felio. UNED addenda: Madrid.
- Cooley, C.** 1964 *Human Nature and Social Order*. Schocken: New York
- Coombe, Rosemary J.** 1991 "Encountering the postmodern: new directions in cultural anthropology" EN *Cand.Rev. Soc. and Anthr.*; 28(2): 188-205.
- Cooper, D.** 1967 *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Labor: Madrid
- Cooper, David** 1979 (1978) *El lenguaje de la locura*. Ariel: Barcelona
- Cooper, David** 1978 (1974) *La Gramática de la vida. Estudios sobre los actos políticos*. Ariel: Barcelona
- Cooper, David** 1976 (1971) *La muerte de la familia*. Ariel: Barcelona
- Cooper, Harris** 1998 *Synthesizing Research. A Guide for Literature Research*. Sage: London
- Copeland, Mary Ellen** 1995 *Living with Depression and Manic Depression: A Workbook for Maintaining Mood Stability*. New Harbinger Publications: Oakland
- Copeland, Mary Ellen** 1992 *The Depression Workbook: A Guide for Living with Depression and Manic Depression*. New Harbinger Publications: Oakland
- Coppo, Peiro** 1998 (1994) *Los que curan a los locos. Encuentros con la sabiduría de un pueblo africano*. Península: Barcelona
- Corcés Pando, V.** 1997 "Cabaleiro y el psicoanálisis". EN *Esquizofrenia. Homenaje al Dr. Cabaleiro Goás*, EDITADO POR AGSM. AgSM: Ourense.
- Cordero Valdevida, Magdalena** 1998 *Bancos de datos*. CIS: Madrid
- Corin, Ellen** 1990 "Facts and Meaning in Psychiatry: An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 14: 153-188.
- Cornwell, J.** 1984 *Hard-earned lives*. Tavistock: London
- Corsi, Giancarlo, Esposito, Elena y Baraldi, Claudio** (Ed.) 1996 *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona.
- Cory, Gerald A. Jr. y Gardner, Russell Jr.** (Ed.) 2002 *The evolutionary neuroethology of Paul McLean: convergences and frontiers*. Praeger: Westport C.T.
- Coser, Lewis A.** 1970 *Nuevos aportes a la teoría del conflicto social*. Amorrortu: BBAA
- Coser, Lewis A.** 1961 (1956) *Las funciones del conflicto social*. F.C.E.: México
- Coser, Lewis A.** 1961 (1956) *The functions of social conflict*. Free Press: New York
- Coser, Rose Laub** 1976 "Suicide and the relational system: a case study in a mental hospital" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 17: 318-327.
- Cotes Domínguez, Valentín** 1990 "La prueba de peritos". EN *Almagro Nosete et al* 1990, pp. I, 461-466.
- Coulon, Alain** 1988 (1987) *La etnometodología*. Cátedra: Madrid
- Court, Bryan L. y Nelson, Gerald L.** 1996 *Bipolar Puzzle Solution: A Mental Health Client's Perspective*. Taylor and Francis: Philadelphia
- Cousins, Norman** 1985 (1979) *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient. Reflections on Healing and Regeneration*. Bantam: New York
- Couzens Hoy, D.** (Ed.) 1988 *Foucault*. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Covan, Friederick L. y Kahn, Carol** (Ed.) 1994 *Crazy all the time. On the psych ward of Bellevue Hospital*. Randomhouse: Toronto.
- Cowlishaw, Gilliam** 2004 *Blackfellas, whitefellas, and the hidden injuries of race*. Blackwell: London
- Craige, Betty Jean.** 1992 *Laying the Ladder Down. The emergence of cultural Holism*. Massachusetts U.P.: Massachusets
- Crandon-Malamud, Libbet** 1991 "Phantoms and physicians: social change through medical pluralism". EN *Romanucci-Ross* 1991, pp. 85 y ss.
- Crapanzano, Vincent** 1994 "Kevin: On the Transfer of Emotions" EN *American Anthropologist*; 96(4): 866-885.

- Crapanzano, Vincent** 1986 "Herme's Dilemma: the masking of subversion in ethnographic description". EN *Clifford-Marcus* 1986, pp. 51-76.
- Crawford, R.** 1980 "Your are dangerous to your health: the ideology and the politics of victim-blaming" EN *International Journal of Health Services*; 7(4): 663-80.
- Crespo, M.D. y al., et.** 1980 "Salud Mental y Epidemiología: Un estudio de la prevalencia de la Neurosis en el medio rural y urbano" EN *Boletín de la sociedad española de Neuropsiquiatría*; junio: 5-30.
- Crick, Malcolm R.** 1982 "Anthropology of knowledge" EN *Annual Review of Anthropology*; 11: 287-313.
- Crippen, Timothy** 1992 "An evolutionary critique of cultural analysis in sociology" EN *Human nature*; 3(4): 379-412.
- Crisp, Arthur H.** (Ed.) 2004 *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*. Royar Society of Medicine Press: London.
- Croizier, Ralph** 1976 "The ideology of medical revivalism in Modern China". EN *Leslei* 1976, pp. 341 y ss.
- Cronkite, Kathy** 1994 *On the Edge of Darkness: Conversations About Conquering Depression*. Delta books: New York
- Crossley, Nick** 2000 "Emotions, psychiatry and social Order. A habermasian approach". EN *Health, Medicine and Society. Key theories, future agendas*. EDITADO POR S.J. Williams, J. Gabe and M. Calnan, pp. 277-295.
- Crossley, Nick** 1997 *Intersubjectivity: the fabric of social becoming*. Sage: London
- Crow, G.** 1989 "The use of the concept of strategy in recent sociological literature" EN *Sociology*; 23: 1-24.
- Crowcroft, Andrew** 1980 (1967) *La locura*. Alianza: Madrid
- Crowley Jack, Dana** 1991 *Silencing the self: Women and depression*. Harvard U.P.: Cambridge
- Csordas, Th.J.** 1994 *The sacred self: a cultural phenomenology of Charismatic healing*. California U.P.
- Csordas, Th.J.** 1994 *Embodied and experiences: the existencial ground of culture and self*. Cambridge UP: New York
- Cunqueiro, Alvaro** 1984 *Escola de menciñeiros*. Galaxia: Vigo
- Currer, C. y Stacey, M.** (Ed.) 1986 *Concepts of Health, Illness and Disease. A comparative perspective*. Berg Publishers Ltd.: New York.
- Custance, John** 1952 *Wisdom, Madness and Folly: The Philosophy of a Lunatic*. Pellegrini and Cudahy: New York
- Cáceres Lescarbourea, Ángeles** 1991 *Los habitantes del pozo (vida y muerte en una cárcel manicomio)*. Aguacilar: Alicante
- Cátedra Tomas, María** 1991 *Técnicas cualitativas en la antropología urbana*
- Cátedra Tomas, María** 1988 *La muerte y otro mundos*. Jucar: Gijón
- Cátedra Tomas, María** 1978 "El segundo entierro: vivos y muertos en las brañas vaqueiras" EN *Historia* 16; III(21).
- Cátedra Tomás, María** 1989 "Especialistas en la curación: la integración tradicional de la modernidad". EN AA.VV. 1984.
- Cátedra Tomás, María** 1976 "Notas sobre la envidia: los malos ojos entre los vaqueiros de Alzada". EN *Lisón* 1976, pp. Sep-48.
- Córdoba Roda, Juan** 1977 *Culpabilidad y pena*. Bosch: Barcelona
- Córdoba Roda, Juan** 1966 *Los eximientes incompletas en el Código Penal*. P. Del Inst. Estudios Jurídicos: Oviedo
- Córdoba Roda, Juan y Rodríguez Mourullo, G.** (Ed.) 1972 *Comentarios al Código Penal*. 3 Vols. Ariel: Barcelona.
- D'Andrade, Roy** 1978 "A propositional analysis of U.S. Beliefs about illness". EN *Schwartz* 1978, pp. 155-180.
- D'Houtand, A.** (Ed.) 1989 *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements*. INSERM: París.
- D'Houtaud, A. y Field, M.G.** 1984 "The image of health: variations in perception by social class in a French Population" EN *Sociology of Health and Illness*; 6(1): 30-60.
- Dahrendorf, Ralf** 2007 *El Recomenzo de la historia: de la caída del muro a la guerra de Irak*. Katz: Madrid
- Dahrendorf, Ralf** 1993 *El Conflicto social moderno : ensayo sobre la política de la libertad*. Mondadori: Madrid
- Dahrendorf, Ralf** 1979 *Las Clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial*. Rialp: Madrid
- Dahrendorf, Ralf** 1975 *Homo sociologicus*. Akal: Madrid
- Dahrendorf, Ralf** 1963 *Sociedad y sociología : la Ilustración aplicada*. Tecnos: Madrid
- Dahrendorf, Ralf** 1962 *Sociedad y sociología : la Ilustración aplicada*. Rialp: Madrid
- Dally, Peter** 1999 *The Marriage of Heaven and Hell: Manic Depression and the Life of Virginia Woolf*. St. Martin's Press: New York
- Danforth** 1989 *Firewalking and religious healing*. Princenton U. P.: New York
- Darwin, Charles** 1989 (1854) *El origen de las especies*. Alianza: Madrid
- Darwin, Charles** 1859 *The Origin of Species*. Penguin: London
- Dawkins, Richard** 2006 *The God Dilusion*. Black Swan: New York
- Dawkins, Richard** 1995 *The Selfish gene*. Norton: London
- Dawkins, Richard** 1987 *The Blind Watchmaker. Why the evidence of evolution reveals a universe without design*. Norton: London
- De Jong, G.** 1979 *The moviment for the independent Living: Origins, Ideology and Implications for Disability research*. Michigan U.P.: Michigan
- Toro, Del** 1972 (1969) "Presupuestos del dictamen psiquiátrico en el derecho penal español" EN *Anales de medicina forense*; 287yss.
- Deleuze, G. y Guattari, F.** 1988 *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-textos: Valencia
- Deleuze, Gilles** 1990 (1969) *The Logic of Sense*. Columbia U.P.: New York
- Deleuze, Gilles** 1987 *Foucault*. Paidós: Barcelona
- Deleuze, Gilles** 1986 (1953) *Empirismo y subjetividad. La filosofía de Hume*. Gedisa: Barcelona
- Deleuze, Gilles y Félix Guattari** 1975 (1972) *El antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Paidós: Barcelona
- Delgado Ruiz, Manuel y Nieto, José Antonio** (Ed.) 1991 *La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas*. Fundación Universidad Empresas: Madrid.
- Delgado Sotillos, Irene y López Nieto, Lourdes** 2005 *Comportamiento político y sociología electoral. Unidad didáctica*. Uned: Madrid
- Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan** (Ed.) 1994 *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis: Madrid.
- Delvechio Good, Mary-Jo y al., Et** (Ed.) 1992 *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. California U.P.: Berkeley.
- Denzin, Norman K.** 1995 "Stanley and Clifford: undoing an interactionist text" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 115-123.
- Denzin, Norman K.** 1990 "On Understanding Emotion". EN *Research Agenda in the Sociology of Emotions*, EDITADO POR Theodore D. Kemper. New York Press: Albany.
- Denzin, Norman K.** 1989 *Interpretative biography*. Sage: London
- Denzin, Norman K.** 1989 *Interpretative Interactionism*. Sage: California
- Denzin, Norman K.** 1987 *The alcoholic self*. Sage: California
- Denzin, Norman K.** 1984 "Emotions as lived experience" EN *Symbolic Interaction*; 8: 223-240.
- Denzin, Norman K.** 1984 *On understanding emotion*. Jossey-Bass: San Francisco
- Denzin, Norman K.** (Ed.) 1979 *Studies in symbolic interaction*. JAI Press: Greenwich, CT.
- Denzin, Norman K.** 1977 *Chilhood socialization*. Josey-Bass: San Francisco
- Denzin, Norman K. y Lincoln, Y.** (Ed.) 1995 *Handbook of qualitative research*. Sage: London.
- Derrida, Jacques** 1989 "Cogito e historia de la locura". EN *La escritura y la diferencia*, EDITADO POR Jacques Derrida, pp. 47-89. Anthropos: Barcelona.
- Derrida, Jacques** (Ed.) 1989 *La escritura y la diferencia*. Anthropos: Barcelona.
- Desjarlais, R. et al.** 1995 *World mental health: problems and priorities on low-income countries*. Oxford U.P.: Oxford
- Desjarlais, Robert.** 1994 "Struggling Along: The Possibilities for Experience among the Homeless Mentally Ill" EN *American Anthropologist*; 96(4): 886-901.
- Desjarlais, Robert.** 1992 *Body and Emotion: The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas*. U. of Philadelphia P.: Philadelphia

- Desowitz, R.S.** 1976 "How the wise men brought Malaria to Africa: and other cautionary tales of Human dreams and opportunistic mosquitos" EN *Natural History*.
- Detienne, Marcel** 1983 (1967) *Las maestras de la verdad en la Grecia antigua*. Taurus: Madrid
- Detienne, Marcel** 1985 *La invención de la mitología*. Península: Barcelona
- Devault, M.** 1991 *Feeding the Family: The Social Organization of Caring as Gendered Work*. Chicago U.P.: Chicago
- Devereux, George** 1973 (1970) *Ensayos de Etnopsiquiatría general*. Barral: Barcelona
- Devereux, George** 1961 *Mohave Ethnopsychiatry: The Psychic Disturbance of an Indian Tribu*. Smithsonian I.P.: Washington
- Dewar, Greg** 2002 *Religious studies: philosophy and ethics through diagrams. AS and A Levels*. Oxford U.P.: London
- Diesing, Paul** 1991 *How does social science work? Reflections on practice*. Pittsburg U.P.: Pittsburg
- Diez-Picazo, L y Gullón, L.** (Ed.) 1989 *Sistema de derecho civil*. Tecnos: Madrid.
- DiGiacomo, Susan M.** 1992 "Metaphor as Illness: Postmodern dilemmas in the representation of body, mind and disorder" EN *Medical Anthropology*; 14: 109-137.
- DiGiacomo, Susan M.** 1987 "Biomedicine as a cultural system: an anthropologist in the kingdom of the sick". EN *Encounters with biomedicine. Case studies in medical anthropology*, EDITADO POR Hans A. Baer, pp. 315-346. Gordon and Breach: Amsterdam.
- Dinges, Martin** 1994 "The reception of Michel Foucault's ideas on social discipline, mental asylums, hospitals and the medical profession in German historiography". EN *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, EDITADO POR Colin Jones and R. Porter, pp. 181 y ss. Routledge: Londres.
- Dix, Kenneth Steven** 1977 *Madness in Russia, 1775-1864: Official Attitudes and Institutions for its care*. Ph.D., University of California, L.A.: L.A.
- Dobkin de Ríos, Marlene** 1984 (1972) *Visionary Vine. Hallucinogenic healing in the Peruvian Amazon*. Waveland: Illinois
- Dodds, E. R.** 1986 *Los griegos y lo irracional*. Akal
- Dohrenwend, B.P.** 1975 "Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorder" EN *J. of Health and Social Behavior*; 16: 365-392.
- Domenech, Edelmira y Corbella, Jacint** (Ed.) 1987 *Bases históricas de la psiquiatría catalana moderna*. PPU: Barcelona.
- Domínguez Carmona, Manuel** 1981 *Antropología médica. Discurso de recepción*. Real Academia Medicina y Cirugía: A Coruña
- Donnavan, Frank** 1992 (1971) *Historia de la Brujería I*. Biblioteca El Sol: Madrid
- Dougherty, Karla** 2008 *Less than crazy: Living fully with Bipolar II*. Da Capo Press: NY
- Douglas** 1985 *Creative Interviewing*. Sage: London
- Douglas, Mary** 1999 *Implicit meanings. Selected essays in anthropology*. Routledge: New York
- Douglas, Mary** 1999 (1975) "The healing rite". EN *Implicit meanings. Selected essays in anthropology*, EDITADO POR Mary Douglas, pp. 180-187. Routledge: New York.
- Douglas, Mary** 1970 *Natural Symbols. Explorations in Cosmology*. Vintage: New York
- Douglas, Mary** 1966 *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Vintage: New York
- Drever, James** 1958 *A Dictionary of Psychology*. Penguin: London
- Dreyfus, H. y Rabinow, P.** (Ed.) 1983 *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago U.P.: Chicago.
- Driver, Edwin D.** (Ed.) 1972 *The Sociology and Anthropology of Mental Illness: A Reference Guide*. University of Massachusetts Press.: Amherst, MA.
- Du Boulay, J.** 1986 "Women: images of their nature and destiny in rural Greece". EN *Dubish* 1986, pp. 139 y ss.
- Dube, K. C. y al., et.** 1985 "Psychiatric Training and Therapies in Ayurved" EN *American Journal of Chinese Medicine*; XIII(4-Jan): 13-22.
- Dubish, J.** 1986 *Gender and power in rural Greece*. Princeton U.P.
- Dubos, R.** 1961 *Mirage of Health*. Anchor Books: New York
- Duff, R.S. y Hollingshead, H.B.** 1968 *Sickness and society*. Harper and Row: New York
- Duke, Patty y Hochman, Gloria** 1992 *A brilliant madness. Living with manic depressive illness*. Bantam: New York
- Dumas, Brigitte y Toupin, L.** 1985 "Le statut de la normativité dans la modernité: lecture diagonale de Habermas" EN *Reveu de L'Institut de Sociologie*; 04-mar: 201-219.
- Dummon, L.** 1986 *Essays on individualism*. Chicago U.P.: Chicago
- Dummon, L.** 1980 *Homo Hierarchicus. The Caste system and its implications*. Chicago U.P.: Chicago
- Dumont, L.** 1987 *Ensayos sobre el individualismo*. Alianza: Madrid
- Dumont, L.** 1982 *Homo Aequalis*. Taurus: Madrid
- Dumont, Louis** (Ed.) 1975 *Introducción a dos teorías de la antropología social*. Anagrama: Barcelona.
- Duneier, Mitchell** 1992 *Slim's table: Race, Respectability and Masculinity*. Chicago U.P.: Chicago
- Dunn, Fred L.** 1992 "Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive System". EN *Paths to Asian medical knowledge*, EDITADO POR Charles M. Leslie and Allan Young, pp. 133-157. California U.P.: Berkeley.
- Dupuy, J.P.** 1992 *Le sacrifice et l'envie*. Calmann-Levy: Paris
- Dupuy, J.P.** 1991 *Cours d'introduction aux sciences sociales*. Ecole Polytechnique: Paris
- Dupuy, J.P.** 1982 *Ordres et Désordres. Enquete sur un nouveau paradigme*. Seuil: Paris
- Duran, María Angeles** 1983 *Desigualdad social y enfermedad*. Tecnos: Madrid
- Durand, G.** 1981 *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*. Madrid
- Durham, W.H.** 1992 "Applications of evolutionary cultural theory" EN *Ann. Rev. of Anthro.*; 21: 331-355.
- Durham, W.H.** 1990 "Advances in evolutionary cultural theory" EN *Ann. Rev. of Anthro.*; 19: 187-210.
- Durkheim, Emile** 1989 (1897) *El suicidio*. Akal: Madrid
- Durkheim, Emile** 1985 (1895) *Las reglas del método sociológico*. Orbis: Madrid
- Durkheim, Emile** 1984 (1895) *The Division of Labor in Society*. Free Press: New York
- Durkheim, Emile** 1982 (1912) *Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en Australia*. Akal: Madrid
- Durkheim, Emile** 1982 (1893) *La división social del trabajo*. Akal: Madrid
- Durkheim, Emile** 1965 (1912) *The Elementary Forms of Religious Life. A Study in Religious Sociology*. Free Press: New York
- Durkheim, Emile** 1951 (1893) *Suicide. A Study in Sociology*. Free Press: Glencoe, Ill.
- Díaz de Espada, José** 1972 "La psiquiatría en Asturias: una experiencia interrumpida" EN *Triunfo*.
- Díaz de Rada, Ángel** 2003 *Etnografía y técnicas de investigación antropológica*. UNED: Madrid
- Díaz Ojeda, M.A. and Sevilla, J.L.** 1980 "Patología popular y mal de ojo". EN *La antropología médica en España*, EDITADO POR Michael Kenny and Jesús M. de Miguel, pp. 209-223. Anthropos: Madrid.
- Díaz Palos, F.** 1965 *Teoría general de la imputabilidad*. Bosch: Barcelona
- Díaz Sánchez, L.** 1987 "Estudio previo. E. DURKHEIM (1858-1917). Una lectura pedagógica". EN *El suicidio*, EDITADO POR Emile Durkheim. Akal: Madrid.
- Díaz-Plaja, G.** 1971 "La asistencia psiquiátrica en España" EN *Triunfo*.
- Díaz-Plaja, G.** 1971 "La asistencia psiquiátrica en España II: Institución, Represión, Contradicción" EN *Triunfo*.
- Díaz-Plaja, G.** 1971 "El mayo asturiano. Con los residentes de Oviedo. El psiquiátrico de Asturias, una experiencia interrumpida" EN *Triunfo*.
- Dörner, Klaus** 1974 (1969) *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Taurus: Madrid
- Eakin, J.P.** 1985 *Fictions in autobiography. Studies in the art of self-invention*. Princeton U.P.: New Jersey
- Earley, Pete** 2006 *Crazy. A Father's Search through America's Mental Health Madness*. Putnam: New York
- Easton Ellis, Bret** 1991 *American Psycho*. Planeta: Barcelona

- Eaton, Joseph W. y Weil, Robert J.** 1955 *Culture and mental disorders*. Free Press: Glencoe, IL.
- Eaton, William W.** 1980 *The sociology of mental disorder*. Praeger: New York
- Eaton, William W.** 1980 "A formal theory of selection for schizophrenia" EN *American Journal of Sociology*; 86: 149-158.
- Eaton, William W.** 1978 "Life events, social supports and psychiatric symptoms: a reanalysis of the New Haven data" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 19: 230-234.
- Eaton, William W.** 1974 "Medical hospitalization as a reinforcement process" EN *American Sociological Review*; 39: 252-260.
- Eaton, William W.** 1974 "Residencial, social class and schizophrenia" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 15: 289-260.
- Eaton, William W. y Kessler, Larry G.** 1985 *Epidemiologic field methods in psychiatry*. Academic Press: Orlando, Florida
- Ebel, Henry** 1986 "The strange history of cultural relativism" EN *Journal of Psychoanalytic Anthropology*; 9(2): 177-183.
- Echevarría Zabalza, Javier** 1999 *La movilidad social en España (1940-1991)*. Istmo: Madrid
- Eco, Umberto** 1979 "Dos hipótesis sobre la cultura". EN *Tratado de semiótica general*, EDITADO POR Umberto Eco, pp. 57-66. Lumen: Barcelona.
- Ehrenreich, John** 1978 *The cultural crisis of modern medicine*. Montly Review Press: New York
- Eisenberg, L.** 1977 "Disease and Illness. Distinction between Professional and Popular ideas of sickness" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 1: 24-sep.
- Eisenberg, Leon** 1996 "Fareword". EN *Culture and Psychiatric Diagnosis: a DSM-IV Perspective*, EDITADO POR Juan E. Mezzich, Arthur Kleinman, Horacio Fabrega and Et al., pp. xiii-xvi. American Psychiatric Press: Washington.
- Eisenstadt, S.N.** 1988 "Explanations in sociology of knowledge: the steriological axis in the construction of the domains of knowledge" EN *Knowledge and Society*; 7: 1-71.
- Eliade, Mircea** 1985 (1957) *Lo sagrado y lo profano*. Labor: Barcelona
- Elias, Norbert** 1994 *Conocimiento y poder*. La Piqueta: Madrid
- Elias, Norbert** 1991 *Sociología del tiempo*. F.C.E.: Madrid
- Elias, Norbert** 1987 (1982) *La soledad de los moribundos*. F.C.E.: Madrid
- Elias, Norbert** 1987 *El proceso de civilización. Investigaciones sociológicas y psicogenéticas*. F.C.E.: Madrid
- Elias, Norbert** 1987 *Die Gesellschaft der Individuen*. Suhrkamp: Frankfurt
- Eliot, Jane** 2005 *Using narrative in social Research. Qualitative and Quantitative approaches*. Sage: London
- Elizur, Joel y Minuchin, Salvador** 1989 *Intitucionalizing Madness. Families, therapy and Society*. Basic Books: New York
- Ellis, Carolyn** 1995 *Final Negotiations: A Story of Love, Loss and Chronic Illness*. Temple U.P.: Philadelphia
- Elorriaga, Unai** 2002 (2001) *Un tranvía cara a SP*. Galaxia: Vigo
- Ember, Carol R. y Ember, Melvin** (Ed.) 2003 *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures Topics - Volume 1; Cultures Volume 2*. Springer: New York.
- Emerson, R y Messinger, S.** 1977 "The micro-politics of trouble" EN *Social Problems*; 25: 121-133.
- Engels, F.** 1986 (1884) *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Ciencias sociales: La Habana
- Epstein, A.L.** 1978 *Ethos and identity. Three studies in ethnicity*. Tavistock: London
- Equipo Investigaciones Sociológicas** (Ed.) 1990 *Salud mental y prensa en Galicia: análisis de contenido*. Servicio Galego de Saude Mental: Santiago.
- Eribon, Didier** 1992 (1989) *Michel Foucault*. Anagrama: Barcelona
- Erkoreka, A.** 1985 *Análisis de la medicina popular vasca*. Etniker-Labayru Ikastegia: Bilbao
- Escobar, J.I.** 1982 "Estado actual de la investigación epidemiológica en los EE.UU" EN *Psiquis*; 5: 9-20.
- Escotado, Antonio** 1999 *Caos y orden*. Espasa-Calpe: Madrid
- Escotado, Antonio** 1998 (1995) *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Anagrama: Barcelona
- Escotado, Antonio** 1997 (1985) *Realidad y substancia*. Taurus: Madrid
- Escotado, Antonio** 1987 *Majestades, crímenes y víctimas*. Anagrama: Barcelona
- Escudero, L., Arqués, R. y García Calvo, A.** 1996 "Contra el diagnóstico" EN *Archipiélago*; 25: 25-33.
- Espino, Antonio y Olabarría, Begoña** (Ed.) 2003 *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. Asociación Española Neuropsiquiatría: Madrid.
- Espinosa Iborra, Julián** 1960 *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*. Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina: Valencia
- Esquirol, Etienne** 2000 *La filosofía de la locura*. Asociación española de neuropsiquiatría: Madrid
- Esterson, Aaron** 1977 (1970) *Dialéctica de la locura*. FCE: Madrid
- Esteva Fabregat, Claudio** 1993 (1978) *Cultura, sociedad y personalidad*. Anthropos: Barcelona
- Esteva Fabregat, Claudio** 1980 "Cultura y salud mental". EN *La antropología médica en España*, EDITADO POR Michael Kenny and Jesús M. de Miguel. Anagrama: Barcelona.
- Esteva, Gustavo** 1985 "Development: metaphor, myth, threat".
- Estroff, Sue E.** 1985 (1981) *Making it Crazy. An ethnography of Psychiatric clients in an American community*. California U.P.: London
- Estévez Serarantes, Amador** 1992 "Mito e doenza. Aproximación psicoanalítica". EN *Espiritados. Ensaio de Etropsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 183-190. Laiovento: Santiago.
- Evans, Mary** 1993 "Reading Lives: How the personal might be social" EN *Sociology*; 27(1): 5-13.
- Evans-Pritchard, E.E.** 1977 (1940) *Los nuer*. Anagrama: Barcelona
- Evans-Pritchard, E.E.** 1976 (1937) *Brujería, magia y religión entre los Azande*. Anagrama: Barcelona
- Evans-Pritchard, E.E.** 1974 *Ensayos de antropología social*. Siglo XXI: Barcelona
- Evans-Pritchard, E.E.** 1974 "Antropología e Historia". EN *Ensayos de antropología social*, EDITADO POR E.E. Evans-Pritchard. Barcelona:.
- Evans-Pritchard, E.E.** 1973 *Antropología social*. Nueva Visión: Buenos Aires
- Evans-Pritchard, E.E. y Fortes, M.** 1981 (1940) *Sistemas políticos africanos*. Gulbenkian: Lisboa
- Ey, Henri** (Ed.) 1965 *Tratado de psiquiatría*. Toray-Masson: Barcelona.
- Eysenck, H.J.** 1978 *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Fontanella: Barcelona
- Fabian** 1983 *Time and the other: how anthropology makes its object*
- Fabrega, Horacio** 1999 *Evolution of sickness and healing*. California U.P.: Berkley
- Fabrega, Horacio** 1996 "Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis". EN *Culture and Psychiatric Diagnosis: a DSM-IV Perspective*, EDITADO POR Juan E. Mezzich, Arthur Kleinman, Horacio Fabrega and Et al., pp. 3-14. American Psychiatric Press: Washington.
- Fabrega, Horacio** 1990 "An ethnomedical perspective in medical ethics" EN *Journal of Medicine and Philosophy*; 15(6): 593-625.
- Fabrega, Horacio** 1990 "A plea for a broader ethnomedicine" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 14: 129-132(129): 132.
- Fabrega, Horacio** 1977 "The Scope of ethnomedical science" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 1: 201-228.
- Fabrega, Horacio** 1974 *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*. MIT Press: Cambridge, Ma.
- Fabrega, Horacio** 1972 "Medical Anthropology" EN *Biennial Review of Anthropology, Standford U.P.*: 167.
- Fabrega, Horacio Jr.** 2004 *Psychiatric Conditions in an Evolutionary Context*. Pittsburgh UP: Pittsburgh
- Fabrega, Horacio Jr.** 2002 *Origins of Psychopatolgy. The Philogenetic and Cultural basis of Mental Illness*. Rutgers: New Jersey

- Fagan, Brian M.** 1991 *Ancient North America. The Archeology of a Continent*. Thames and Hudson.: London
- Fahy, K. y Smith, P.** 1999 "From the sick role to subject positions: a new approach to the medical encounter" EN *Health*; 3(1): 71-93.
- Fainzang, S.** 1989 *Pour une Anthropologie de la Maladie en France*. EHESS: París
- Faris, R.E.L. y Dunham, H.W.** 1939 *Mental disorders in urban areas: an ecological study of Schizophrenia and other Psychoses*. Chicago U.P.: Chicago
- Farquhar, Judith** 1994 *Knowing practice: the clinical encounter of Chinese medicine*. Westview P.: CO
- Farquhar, Judith** 1994 "Eating chinese medicine" EN *Cultural anthropology*; 9(4): 471-497.
- Farquhar, Judith** 1992 "Time and Text: Approaching Chinese Medical Practice through analysis of a published case". EN *Paths to Asian medical knowledge*, EDITADO POR Charles M. Leslei, pp. 62-73. California U.P.: California.
- Farquhar, Judith** 1991 "Object, Processes and Female infertility in Chinese Medicine" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 5(4): 370-399.
- Farquhar, Judith** 1987 "Problems of knowledge in contemporary Chinese medical discourse" EN *Social Science and Medicine*; 24(12): 1013-1021.
- Favret-Saada, J.** 1977 *Les Mots, la Mort, les Sorts. La Sorcellerie dans la Bocage*. Gallimard: París
- Fawcett, Jan, Golden, Bernard y Rosenfield, Nancy** (Ed.) 2000 *New Hope for People with Bipolar Disorder*. Prima Health.: Roseville, California.
- Feixó Cid, Xosé** 2003 *Diccionario Galego de Nomes*. Xerais: Vigo
- Fenichel, Otto** 1966 *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós: Buenos Aires
- Fernandez Rocha, Santiago** 2000 "O Significado da casa para a sociedade rural galega" EN *Grial*; 146: 317-327.
- Fernández de Hierro, J.M.** 1984 *Responsabilidad civil médico-sanitaria*. Aranzadi: Madrid
- Fernández de Rota e Monter, X.** (Ed.) 2008 *Ciudad e historia : la temporalidad de un espacio construido y vivido*. Akal: Madrid.
- Fernández de Rota e Monter, X.** 1996 "Agricultores e pescadores no litoral galego". EN *Historia e antropoloxía da cultura pesqueira en Galicia*, EDITADO POR Adolfo Abel Vilela, pp. 41-56. Fundación Alfredo Brañas: Santiago.
- Fernández de Rota e Monter, Xosé Antonio** (Ed.) 1989 *Lengua y cultura. Aproximación desde una semántica antropológica*. Do Castro: Sada.
- Fernández de Rota y Monter, José Antonio** 1988 "Antropología social y semántica". EN *Lisón 1988*.
- Fernández de Rota y Monter, José Antonio** 1987 *Gallegos ante el espejo. Imaginación antropológica en la historia*. O Castro: Sada
- Fernández de Rota y Monter, José Antonio** 1984 *Antropología de un viejo paisaje gallego*. CSI-Siglo XXI: Madrid
- Fernández Entralgo, J.** 1988 "Medidas privativas y restrictivas de la libertad del enfermo mental en el proceso penal" EN *La ley*; 2: 998-1026.
- Fernández Leiceaga, X.** 1995 *Capital extranxeiro e industrialización en Galicia*. Vigo: Xerais
- Fernández Leicega, Xoaquín y López Iglesias, Edelmiro** 2000 *Estructura económica de Galicia*. Laionovento: Santiago
- Martorel, Fernández** 1987 *Leer la ciudad. Ensayos de antropología urbana*. Icaria: Barcelona
- Fernández McClintock, J.W.** 1990 "Huecos léxicos y revitalización lingüística en el asturiano moderno" EN *Conferencia manuscrita*.
- Fernández McClintock, J.W.** 1989 "La territorialidad de las palabras en su aspecto léxico". EN *Lengua y cultura. Aproximación desde una semántica antropológica*, EDITADO POR Xosé Antonio Fernández de Rota e Monter. Do Castro: Sada.
- Fernández McClintock, J.W.** 1988 "El dominio del tropo: poesía popular y convivencia social. Gracian y Costa en el campo" EN *Anales fundación Joaquín Costa*; 5: 21-35: 21-35.
- Fernández McClintock, J.W.** 1986 *Persuasions and performances. The play of roles in culture*. Indiana U.P.: Bloomington
- Fernández McClintock, J.W.** 1984 "Consenso social en un culto preformado" EN *American Anthropologist*.
- Fernández McClintock, J.W.** 1974 "En torno a una vaca ratina (metáforas vividas y la cultura que ello implica)" EN *Letres Asturiones*; 13.
- Fernández McClintock, J.W.** 1974 "Misión de la metáfora en la cultura expresiva" EN *Current Anthropology*; XV(2): 119-133.
- Fernández Moreno, Nuría** (Ed.) 2004 *Lecturas de Etnología: una introducción a la comparación en Antropología*. UNED: Madrid.
- Fernández Moreno, Nuría** (Ed.) 2004 *Temas de Etnología regional*. UNED: Madrid.
- Fernández Torres, A.** 1978 "Hospital de día: los locos andan sueltos" EN *Triunfo*.
- Fernández, Miguel** 1990 *Historias de suicidas*. Prodhufi: Madrid
- Ferrariotti, Franco** 1981 *Storia e storie di vita*. Laterza: Bari
- Ferrer Gómez del Valle, Ernesto** 1998 *Salud Mental y atención primaria en Galicia* UNIVERSIDAD Santiago.
- Ferrer I Balsebre, Luis** 1993 *Antropología médica de la parroquia de Oleas. Municipio de Entrimo. Orense (tesis doctoral 1990; Departamento de medicina legal)*. Complutense: Madrid
- Festinger, L. y Katz, D.** (Ed.) 1979 *Los métodos de investigación en ciencias sociales*. Paidós: Buenos Aires.
- Feyerabend, Paul K.** 1985 (1970) *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Orbis: Barcelona
- Fidalgo Santamariña, X.A.** 1988 *Antropología de una parroquia rural*. Caja Rural Orense: Ourense
- Fidalgo Santamariña, X.A. y Rodríguez, F.** (Ed.) 1988 *Cinco profesiones ambulantes ourensans*. Caja Rural Orense: Ourense.
- Fidalgo, J.A.** 1981 "Prácticas supersticiosas en el tratamiento de las enfermedades en la Galicia actual" EN *Cuadernos de estudios Gallegos*.
- Field, M.J.** 1960 *Search of Security: An Ethno-Psychiatric Study of Rural Ghana*. Northwestern U.P.: Chicago
- Fieve, Ronald R.** 1997 (1975) *Moodswing*. Bantam Books: New York
- Fife, B.L.** 1994 "The conceptualization of meaning in illness" EN *Social Science and Medicine*; 38(2): 309-316.
- Fillingham, Lydia Alix** 1993 *Foucault For Beginners*. Writers and readers: New York
- Finckh, E.** 1982 "Tibetan medicine. theory and practice" EN *Am. J. Of Chinese medicine*; 9(4): 259-267.
- Findlay, Deborah** 1993 "The good, the normal and the healthy: the social construction of knowledge about women" EN *Journal of Sociology*; 18(2): 135-157.
- Fink, Max** 1999 *Electroshock: Restoring the Mind*. Oxford U.P.: New York
- Fisher, Sue** 1983 "Doctor Talk/Patient talk: How treatment decisions are negotiated in Doctor-Patient communication". EN *Fisher-Dundas 1983*, pp. 135-157.
- Fisher, Sue and A.Dundas Todd. Ed.** 1983 *The social organization of Doctor-Patients Communication*. Center of Applied Linguistics: Washington, D.C.
- Fitzpatrick, R. et al.** 1984 *The experience of illness*. Tavistock: London
- Flandrin, Jean-Louis.** 1979 (1976) *Orígenes de la familia moderna. La familia, el parentesco y la sexualidad en la sociedad tradicional*. Crítica: Barcelona
- Fleetwood, B.** 1975 "The tribe that caught cat dancing" EN *New Times magazine*, 31 October.
- Floersch, Jerry** 2002 *Meds, Money, and Manners: The Case Management of Severe Mental Illness*. Columbia U.P.
- Floersch, Jerry** 2002 *Meds, Money, and Manners: The Case Management of Severe Mental Illness*. Columbia U.P.: New York
- Foddy, William** 1994 (1993) *Constructing questions for interviews and questionnaires*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Fodor, J.A.** 1968 *Psychological explanation: an introduction to the philosophy of psychology*
- Foerster, Heinz von** 1997 "Reflexiones cibernéticas". EN *El final de los grandes proyectos*, EDITADO POR H. R. Fischer, A. Retzer and J. Schweizer, pp. 128-135. Gedisa: Barcelona.
- Foerster, Heinz von** 1991 *Las semillas de la cibernética*. Gedisa: Barcelona
- Foerster, Heinz von** 1986 *El curioso comportamiento de los sistemas complejos. Lecciones de la biología*. Mimeo.

- FOESSA** 1995 *V Informe Sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000. Síntesis*. Caritas. Documentación Social: Madrid
- Forde, Daryll** 1963 (1934) *Habitat, economy and society*. Dutton: New York
- Forgas, J.P. Ed.** 1981 *Social Cognition: Perspectives on Everyday Understanding*. Academic Press: London
- Forman, M.** 1975 *Alguien voló sobre el nido del cuco*. MGM:
- Forsythe, Diane E.** 1992 "Blaming the user of medical informatics: the cultural nature of scientific practice" EN *Knowledge and Society*; 9: 95-111.
- Forsé, M.** 1986 *L'Ordre improbable, entropie et processus sociaux*. PUF: París
- Fortes, Meyer** 1945 *Dynamics of Clanship among the Tallies*
- Forti, Laura, Laing, R.D., Basaglia, Franco, Guattari, F., Deleuze, G., Cooper, D. y Goffman, Erving (Ed.)** 1982 *La Otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa*. Tusquets: Barcelona.
- Foster, G. M.** 1974 *Antropología aplicada*. FCE: México
- Foster, G.M.** 1976 "Disease etiologies in non-western medical system" EN *American Anthropologist*; 78: 773-782.
- Foster, G.M. y Anderson, B. G.** 1978 *Medical anthropology*. Wiley and Sons: New York
- Foster, H. Ed.** 1983 *The anti-Aesthetic essays on postmodern culture*. Washington Bay P.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1999 *Estrategias de poder. Obras esenciales. Vol II*. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1999 *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales. Volumen III*. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel** 1999 (1964) "La locura, la ausencia de obra". EN *Entre filosofía y literatura. Obras esenciales. Vol. I*, EDITADO POR Michel Foucault, pp. 268-279. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel** 1999 (1961) "Introducción a La Historia de la locura [no publicada a partir de su segunda edición de 1972]". EN *Entre filosofía y literatura. Obras esenciales. Vol. I*, EDITADO POR Michel Foucault, pp. 121-130. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel** 1994 (1981-1982) *Hermeneútica del sujeto (Lecciones en el College de France)*. La Piqueta: Madrid
- Foucault, Michel (Ed.)** 1994 *Dits et écrits 1954-1988. IV: 1980-1988*. Gallimard: París.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1994 *Dits et écrits 1954-1988. I: 1954-1969*. Gallimard: París.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1994 *Dits et écrits 1954-1988. II: 1970-1975*. Gallimard: París.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1994 *Dits et écrits 1954-1988. III: 1976-1979*. Gallimard: París.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1992 *Genealogía del Racismo. De la guerra de las razas al racismo de Estado (Lecciones en el College de France)*. La Piqueta: Madrid.
- Foucault, Michel** 1991 (1981) *Remarks on Marx. Conversations with Duccio Trombadori*. Columbia U.P.: New York
- Foucault, Michel** 1990 (1971) *L'ordre du discours. Leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Gallimard: París
- Foucault, Michel (Ed.)** 1990 *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Piqueta: Madrid.
- Foucault, Michel (Ed.)** 1990 *Tecnologías del yo y otros ensayos afines*. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel** 1990 (1988) "Tecnologías del yo". EN *Tecnologías del yo y otros ensayos afines*, EDITADO POR Michel Foucault, pp. 45-94. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel** 1989 (1966) *El pensamiento del afuera*. Pre-textos: Valencia
- Foucault, Michel** 1988 (1975) *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI: México
- Foucault, Michel** 1988 (1966) *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. F.C.E.: Madrid
- Foucault, Michel (Ed.)** 1988 *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Alianza: Madrid.
- Foucault, Michel** 1988 (1954) *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós: Barcelona
- Foucault, Michel** 1988 (1969) *La arqueología del saber*. Siglo XXI: Madrid
- Foucault, Michel** 1987 (1984) *Historia de la sexualidad III: La inquietud de sí*. Siglo XXI: Madrid
- Foucault, Michel** 1987 (1970) *El orden del discurso*. Tusquets: Barcelona
- Foucault, Michel** 1986 (1973) *La verdad y las formas jurídicas*. Gedisa: Mexico
- Foucault, Michel** 1986 (1984) *Historia de la sexualidad II: El uso de los placeres*. Siglo XXI: Madrid
- Foucault, Michel** 1986 (1963) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI: Madrid
- Foucault, Michel** 1986 *Death and the labyrinth (R.Roussel)*: New York
- Foucault, Michel** 1986 (1973) *Raymond Roussel. Death and the labyrinth*: New York
- Foucault, Michel (Ed.)** 1985 *Saber y Verdad*. La Piqueta: Madrid.
- Foucault, Michel** 1985 (1983) "Seguridad social: un sistema finito frente a una demanda infinita". EN *Saber y verdad*, EDITADO POR Michel Foucault, pp. 209-228. La Piqueta: Madrid.
- Foucault, Michel** 1984 (1976) *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI: Madrid
- Foucault, Michel** 1983 (1973) *Yo, Pierre Rivière habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano. Un caso de parricidio del siglo XIX presentado por Michel Foucault*. Tusquets: Barcelona
- Foucault, Michel** 1982 (1978) *H. Hercule Barbin llamada Alexandra B. Revolución*: Madrid
- Foucault, Michel** 1981 (1967) *Nietzsche, Freud y Marx*. Anagrama: Barcelona
- Foucault, Michel** 1981 (1973) *Esto no es una pipa. Ensayo sobre Magritte*. Anagrama: Barcelona
- Foucault, Michel (Ed.)** 1980 *Microfísica del poder*. La Piqueta: Madrid.
- Foucault, Michel** 1977 *Language, counte-memor-practice*. Ithaca: Cornell
- Foucault, Michel** 1977 *Language, counter-memory-practice*. Ithaca: Cornell
- Foucault, Michel** 1976 *Archaeology of Knowledge*. Harper and Collins: New York
- Foucault, Michel** 1970 (1966) *The order of things*: New York
- Foucault, Michel (Ed.)** 1999 *Entre filosofía y literatura. Obras esenciales. Volumen I*. Paidós: Barcelona.
- Foucault, Michel y Rosenvallon, P., et al.** 1984 (1983) *La crisis y los nuevos horizontes del sindicalismo contemporáneo. Entrevistas*. Publicaciones Ministerio Trabajo: Madrid
- Foucault, Michel y Binswanger, Ludwig (Ed.)** 1993 *Dream and Existence*. Humanities Press: New Jersey.
- Foucault, Michel y Chomsky, N.** 1976 (1974) *La naturaleza humana. ¿Justicia o poder?*. Teorema: Valencia
- Foucault, Michel y Deleuze, Gilles (Ed.)** 1982 *Teatrum philosophicum. Repetición y diferencia*. Anagrama: Barcelona.
- Foucault, Michel, Donzelot, Jacques, Grignon, Claude, Gaudemar, Jean Paul de, Muel, Francine y Castel, Robert (Ed.)** 1991 *Espacios de poder*. La Piqueta: Madrid.
- Foucault, Michel, Lucas, H. Ch., Jaraúja, F., Peñalver, M., Peñalver, P., Bello, E., Campillo, A. y Pérez-Ramos, A. (Ed.)** 1986 *La crisis de la razón*. Universidad de Murcia: Murcia.
- Foudraïne, Jan** 1975 (1971) *Un psiquiatra en busca de su profesión*. Península: Barcelona
- Fox, Hohn W.** 1990 "Social class, mental illness and social mobility: the social selection-dirft hypothesis for serious mental illness" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 31: 344-353.
- Fox, R.C.** 1979 *Essays in Medical sociology: journeys into the field*. John Wiley: New York
- Fox, Robin** 1972 (1967) *Sistemas de Parentesco y matrimonio*. Alianza: Madrid
- Fraguas y Fraguas, Antonio** 1973 *La Galicia insólita. Tradiciones gallegas*. Librigal: A Coruña
- Fraguas, Antonio** 1989 *Romerías y santuarios*. Galaxia: Vigo
- Fraguas, Antonio** 1988 *Romerías y santuarios*. Galaxia: Vigo
- Fraguas, Antonio** 1985 *Aportacións ó cancionero de Cotobande*. Fundac. Otero Pedrayo
- Frake, Ch.O.** 1961 "The diagnosis of disease among the subanum of Mindanao" EN *Am.Anthro.*; 63: 113-207.
- Frances, Allen y Ross, Ruth (Ed.)** 1999 *DSM-IV. Estudio de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*. Masson: Barcelona.

- Frank, A. G.** 1967 *Capitalism and Underdevelopment in Latin America*. Monthly Review Press: New York
- Frank, A.G.** 1969 *Latin America: underdevelopment or Revolution*. Monthly Review Press: New York
- Frank, Arthur W.** 1995 *The wounded storyteller*. Chicago U.P.: Chicago
- Frank, Arthur W.** 1991 *At the Will of the body*. Houghton Mifflin: New York
- Frankel, R.** 1984 "From "sentence" to "sequece": undertanding the medical encounter through microinteractional analysis" EN *Discourse Processes*; 7: 135-170.
- Frankenberg, R.** 1988 "Gramsci, culture and medical anthropology: Kundry and Parsifal" EN *Medical Anthro. Quaterly*; 2: 454-459.
- Frankenberg, R.** 1986 "Sickness as cultural performance: drama, trajectory and pilgrimage. Roots metaphors and the making social of disease" EN *International Journal of Health Services*; 16: 603-26.
- Frankenberg, R.** 1980 "Medican anthropology and development: a theoretical perspective" EN *Soc. Scien. and Med.*; 14b: 197-207.
- Franklin, Sarah** 1995 "Science as culture, cultures of science" EN *Annual Rev. Anthro.*; 24: 163-84.
- Franks, D.** (Ed.) 1995 *Social Perspectives on Emotion*. JAI Press: Greenwich CT.
- Franz, Alexander G.** 1995 *The History of Psychiatry: An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*. Jason Aronson: New York
- Fraser, R.** 1990 "La formación del entrevistador" EN *Historia y fuente Oral*; 3: 129-150.
- Fraser, Ronald** 1993 *Recuérdalo tú y recuérdalo a otros: Historia Oral en la Guerra Civil española*. Crítica: Barcelona
- Frazer, James George** 2006 (1890-1922) *La rama dorada: un estudio sobre magia y religion*. FCE: Madrid
- Freedman, A., Kaplan, H. y Sadock, B.** (Ed.) 1975 *Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. I*. Williams and Williams: Baltimore.
- Freedman, A., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J.** (Ed.) 1980 *Compendio de psiquiatría*. Salvat: Barcelona.
- Freeman, Linton C. y al., Et** 1987 "Cognitive Structure and informant accuracy" EN *American Anthropologist*; 89: 310-25.
- Freeman, M.** 1992 "Self as narrative: the place of life History in the study of life span". EN *Brinthaup-Lipka* 1992, pp. 15-43.
- Freidson, E.** 1978 *La profesión médica*. Península: Barcelona
- Freidson, E.** 1970 *Profesion of Medicine: A study of the sociology of applied medicine*. Dodd Mead: New York
- Freidson, Eliot** 1989 *Medical Work in America: Essays on Health Care*. Yale U.P.: New York
- Freud, Sigmond** 1975 (1937) "Análisis teminable e interminable". EN *Obras Completas*, pp. 211-254.
- Freud, Sigmund** 1986 *El yo y el ello. Tres ensayos sobre teoría sexual y otros ensayos*. Orbis: Barcelona
- Freud, Sigmund** 1982 (1970) *El malestar de la cultura*. Alianza: Madrid
- Freud, Sigmund** 1979 *Los orígenes del psicoanálisis*. Alianza: Madrid
- Freud, Sigmund** 1975 *Epistolario II (1891-1939)*. Plaza y Janes: Barcelona
- Freud, Sigmund** 1972 *Obras Completas VI*. Biblioteca Nueva: Madrid
- Freud, Sigmund** 1948 "Historiales Clínicos". EN *Obras Completas, Ed. Biblioteca Nueva*, pp. II: 509-750.
- Freud, Sigmund** 1934 *Obras completas XVII*. Biblioteca Nueva: Madrid
- Freund, E.S. y McGuire, M.B.** (Ed.) 1991 *Health, Illnes and the social body. A critical sociology*. Prentice Hall: New Jersey.
- Freund, J.** 1975 *La sociología de Max Weber*. Península: Barcelona
- Fried, M.** 1975 "Social differences in mental health". EN *Kosa-Zola* 1975.
- Friedl, E.** 1986 "The position of women: appearance and reality". EN *Dubish* 1986, pp. 42 y ss.
- Friedrich, Otto** 1975 *Going crazy: an inquiry into madness in our time*. Simon and Schuster: New York
- Friedson, Eliot** 1970 *Profession of Medicine*. Dodd, Mead: New York
- Frigolé Reixach, Joan** 1990 "La Casa y el espacio doméstico tradicionales y su sítema de representaciones" EN *Mecanografiado*.
- Frigolé Reixach, Joan** 1987 "Metáforas domésticas y culinarias sobre la mujer y la reproducción en el área mediterranea: aproximación a un sistema conceptual" EN *REIS*; 40/87: 135-157.
- Frisby, David** 1984 *George Simmel*. Harwood and Tavistock: London
- From, Eric** 1997 (1947) *El miedo a la libertad*. Paidós: Barcelona
- Fuente Muñiz, Ramón** 2006 "Memorias de un psiquiatra" EN *Letras libres*; 8(92): 52-55.
- Ed., Fundación Foessa.** 1994 *Quinto Informe sociológico sobre la situación social en España: Sociedad para todos en el año 2000*. Fundación Foessa: Madrid
- Funes, J. y Romaní, O.** (Ed.) 1985 *Dejar la heroína*. Cruz Roja Española: Madrid.
- Furst, P.T.** 1965 "Mexican tomb sculture as evidence for schamanism in prehispanic Mesoamerica" EN *Antropologica*; 15: 29-80.
- Gabarrón, Luis R. y Hernández Landa, Libertad** 1994 *Investigación participativa*. C.I.S.: Madrid
- Gabbard, Glen O. y Gabbard, Krin** 1999 *Psychiatry and the cinema*. American Psychiatric Press: New York
- Gabel, Joseph** 1970 *Sociología de la alienación*. Amorrortu.: Buenos Aires
- Gabilondo, Ángel** 1990 *El discurso en acción. Foucault y una ontología del Presente*. Anthropos: Barcelona
- Gadamer, Hans-Georg.** 1996 (1993) *El estado oculto de la salud*. Gedisa: Barcelona
- Gagnon, Nicole** 1993 "Sobre el análisis de los relatos de vida". EN *La historia oral. Métodos y Experiencia*, EDITADO POR C. Santamarina and José Miguel Marina, pp. 35-46. Debate: Madrid.
- Gago Pérez, A.** 1995 "No pasamento do Dr. Rodríguez Somoza" EN *Revista SISO / SAÚDE*; 23: 75-76.
- Gago, X.A.** 1984 "Implicaciones psicopatológicas da herdanza en Galicia". EN *AA.VV.* 1984.
- Gaines, A.D.** 1992 *Ethnopsichiatry: the cultural construction of professional and folk psychiatry*. State U.: New York
- Galanti, Geri-Ann.** 1991 *Caring for Patients from Different Cultures. Case Studies from American Hospitals*. Pennsylvania U.P.: Philadelphia
- Galaty, J.G.** 1984 "Ceremony and society: the poetics of maasai ritual" EN *Man*; 18,361-82.
- Galeno** 2003 *Sobre las facultades naturales: las facultades del alma siguen los temperamentos del cuerpo*. Gredos: Madrid
- Galeno** 2002 *Tratados filosóficos y autobiográficos*. Gredos: Madrid
- Galeno** 2002 *Procedimientos anatómicos*. Gredos: Madrid
- Galeno** 1997 *Sobre la localización de las enfermedades*. Gredos: Madrid
- Galimberti, Umberto** 1996 "La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo" EN *Archipiélago*; 25: 11-15.
- Galindo Monteagudo, José** 2007 "La teoría sistémica de la sociedad de Niklas Luhmann: alcances y límites". EN *La sociedad de la sociedad*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. xiii-xlv. Herder- Iberoamericana: Mexico.
- Gallagher, B.J.** 1980 *The Sociology of Mental Illness*. Prentice-Hall: New Jersey
- Gallagher, Bernard J.** 1995 (1980) *The sociology of Mental Illness*. Prentice-Hall: London
- Gallagher, E.B.** 1976 "Lines of reconstruction and extention in the Parsonian sociology of illness" EN *Social Science and Medicine*; 10: 207-18.
- Galván Tudela, J.A.** 1999 "La Antropología de la pesca en Galicia : problemas y campos de investigación". EN *Antropología de la pesca : debates en el Mediterráneo*, EDITADO POR A. Montes del Castillo. U. Murcia: Murcia.
- Galván Tudela, J.A.** 1990 "O Mar non ten portas : (prácticas y saberes de los pescadores gallegos)". EN *Congreso Internacional da Cultura Galega*, EDITADO POR Xunta. Xunta Galicia: Santiago.
- Galván Tudela, J.A.** (Ed.) 1989 *Vivindo do mar : antropoloxía da pesca en Galicia*. Xunta Galicia: Santiago.

- Galván Tudela, José Alberto** 1990 "'Pescar en grupo": de los azares ambientales a los factores institucionales (La Restinga, El Hierro)" EN *Eres (Antropología)*, 1990, vol. 2 (1), pp. 47-69; 2(1): 47-69.
- Galván Tudela, José Alberto** (Ed.) 1989 *Vivindo do Mar. Antropología da pesca galega*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- Galván Tudela, José Alberto** 1989 "Cuestionario sobre a pesquería artesanal". EN *Vivindo do Mar. Antropología da pesca galega*, EDITADO POR José Alberto Galván Tudela. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- Gamella, J.F.** 1990 *La historia de Julían, memorias de heroína y delincuencia*. Popular: Madrid
- Gamo Medina, E.** 1989 *La información psiquiátrica en la prensa diaria. Análisis de contenido de la prensa madrileña de 1986*. Tesis doctoral: Complutense
- Gandara Martín, J.J. de la y M.T. Alvarez.** 1992 "Los ancianos solitarios: el llamado síndrome Diógenes" EN *Anales de Psiquiatría*; 1-Aug: 21-26.
- Gane, Mike y Johnson, Terry** (Ed.) 1993 *Foucault's New Domains*. Routledge: London.
- Garbarino, Merwyn S.** 1977 *Sociocultural Theory in Anthropology. A short history*. Waveland: Illinois
- García Alen, L.** 1983 *La alfarería de Galicia*. Fundac. Barrié: Coruña
- García Alen, L.** 1981 *Os Oleiros*. Museo Pobo Galego: Santiago
- García Badaracco, Jorge** 2005 *Demonios de la mente: Biografía de una esquizofrénica*. Eudeba: Barcelona
- García Badaracco, Jorge** 1982 *Biografía de una esquizofrénica*. FCE: Buenos Aires
- García Blanco, J.M.** 1986 "Poder y legitimación en la teoría sociológica de Niklas Luhmann" EN *Revista Intenacional de Sociología*; 44: 503-525.
- García Blanco, José María** 1993 "Racionalidad y riesgo en la identidad de las sociedades complejas". EN *Lamo-Rodríguez Ibañez* 1993, pp. 473-489.
- García Caballero, Alejandro y Area Carracedo, Ramón** 2007 *Psicopatología del retorno*. Galaxia: Vigo
- García Calvo, Agustín** 1996 "Enfermedad, política, progreso" EN *Archipiélago*; 25: 15-25.
- García Ferrando, Manuel, Ibañez, Jesús y Alvira, F.** (Ed.) 1994 *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza: Madrid.
- García García, Lucía** 2000 *Marco jurídico de la enfermedad mental. Incapacitación e internamiento*. Eds. Rev. General de derecho: Valencia
- García González, José** 1978 *Psiquiatría y cambio social: análisis socio-histórico del fracaso de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco. El caso del hospital psiquiátrico Oviedo (1962-1972)*. UNIVERSIDAD Universidad de Granada.
- García Nieto, C. y al., Et** (Ed.) 1990 *Historia, fuente y archivo Oral. Actas del seminario: Diseño de Proyectos e Historia Oral*. Ministerio de cultura: Madrid.
- García Quesada, María A.** 1975 "La contrareforma de Conjo" EN *Triunfo*.
- García Sabel, D.** 1966 *Notas para una antropología del hombre gallego*. Península: Barcelona
- García, J.L.** 1976 *Antropología del territorio*. J.B.: Madrid
- García, José, Espino, Antonio y Lara, Ladislao** (Ed.) 1998 *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Díaz de Santos: Madrid.
- García, Ramón** 1995 *Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española*. Virus: Valencia
- García, Ramón** (Ed.) 1975 *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barral: Barcelona.
- García-Barros Bernabéu, E.** 1997 *Treinta años. Y un día... Memorias de un psiquiatra amnésico*. Noesis: Madrid
- Garfield, Richard** 1980 "The philosophical basis of modern chinese medicine" EN *Science and Society*; 43(4): 430 y ss.
- Garfinkel, H.** 1963 "A conception of and experiment with "Trust" as a condition of concerted stable actions". EN *Harvey* 1963.
- Garfinkel, Harold** 1967 *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall: New Jersey
- Gasper, Philip** 1991 "Causation and explanation". EN *The Philosophy of Science*, EDITADO POR Richard Boyd, pp. 289-297. MIT Press: Cambridge, Ma.
- Gaupp, Robert** 1998 (1914) *El caso Wagner. Informe médico. A la vez que estudio de psiquiatría forense*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid
- Gaurie, Peter** 1969 *Las drogas. Aspectos médicos, psicológicos y sociales*. Alianza: Madrid
- Gautheron, Marie** (Ed.) 1992 *El honor: la imagen de sí mismo o don de sí, un ideal equívoco*. Cátedra: Madrid.
- Gayral, Louis F.** 1995 "La inedia y los estados inédicos. A propósito de Josefa de Gonzar". EN *Anorexia: dieta, estética, creencias*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 77-88. Museo do Pobo Galego: Santiago de Compostela.
- Geertz, Clifford** 2002 *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*. Paidós Ibérica: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1999 (1980) *Negara: el Estado-teatro en el Bali del siglo XIX*. Paidós Ibérica: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1996 *Tras los hechos: dos países, cuatro décadas y un antropólogo*. Paidós Ibérica: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1996 *Los usos de la diversidad*. Paidós: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1996 *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Paidós: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1994 *Observando el Islam*. Paidós: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1989 (1973) *La interpretación de las culturas*. Gedisa: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1989 (1988) *El antropólogo como actor*. Paidós: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1988 *Works and lines: the Anthropologist as Author*. Stanford U.P.: California
- Geertz, Clifford** 1988 *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Gedisa: Barcelona
- Geertz, Clifford** 1983 *Local Knowledge*. Basic: New York
- Geertz, Clifford and Renato Rosaldo** 1990 "History and anthropology" EN *New Literate History*; 21(2): 321-335.
- Geest, Sjaak and S. Reynolds Whyte** 1991 *Pharmaceutical Anthropology. Perspectives for reserch and application*
- Gehlen, Arnold** 1980 (1974) *El hombre. Su naturaleza y su lugar en el mundo*. Sigueme: Salamanca
- Geiger, Th.** 1972 *Ideología y verdad*. Amorrortu: Buenos Aires
- Geller, Jeffrey y Harris, Maxine** 1994 *Women and the Asylum: Voices from behind the Walls, 1840-1845*. Doubleday: New York
- Gennep, Arnold van** 1986 (1909) *Los ritos de paso*. Taurus: Madrid
- Gennep, Arnold van** 1960 (1909) "The rites of Passage". Chicago U. P.: Chicago.
- Gerger** 1977 "The social construction of self knowledge". EN *The Self. Psychological and Philosophical Issues*, EDITADO POR T. Mischel, pp. 139-164. Blackwell: Oxford.
- Gerhardt, U.** 1989 *Ideas about Illness: an intellectual and political history of medical sociology*. McMillan: London
- Gerhardt, U.** 1978 "The Parsonian paradigm and the identity of medical sociology" EN *Sociological Review*; 27 (2): 229-51(2): 229-51.
- Gerson, E.M.** 1976 "The social character of illness: deviance or politics?" EN *Social Science and Medicine*; 10: 219-24.
- Giddens, Anthony** 2001 *La tercera ola y sus críticos*. Taurus: Madrid
- Giddens, Anthony** 2000 (1989) *Sociología*. Alianza: Madrid
- Giddens, Anthony** 1995 (1991) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península: Madrid
- Giddens, Anthony** 1991 *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge UP: Cambridge
- Giddens, Anthony** 1990 "Introducción". EN *Microsociology. Discourse, Emotion and Social Structure*, EDITADO POR Thomas J. Scheff. Chicago UP: Chicago.
- Giddens, Anthony** 1984 *The constitution of society*. Policy press: Oxford
- Giddens, Anthony** 1982 *El Capitalismo y la moderna teoría social*. Labor: Barcelona
- Giddens, Anthony** 1976 *The new rules of sociological method*. Hutchinson: Londres
- Giddens, Anthony** 1976 *Política y economía en Max Weber*. Alianza: Madrid

- Gillin, J.L.** 1933 *Social Pathology*. Century Fox: NY
- Gilmore, Leigh** 1994 *Autobiographics: A Feminist Theory of Women's Self-Representation*. Cornell U.P.: Ithaca
- Giner Abati, F.** 1997 "Antropología médica de las enfermedades crónicas". EN AA. VV. 1997, pp. 221-228.
- Giner, Salvador y Lamo de Espinosa, Emilio, et al.** 1998 *Diccionario de Sociología*. Alianza: Madrid
- Gittins, Diana** 1998 *Madness in its place. Narratives of Severalls Hospital, 1913-1997*. Routledge: London
- Givannini, M.J.** 1984 "Women: a dominant symbol within the cultural system of a sicilian town" EN *Man*; 16: 408-426.
- Glassner, Barry** 1990 "Fit for postmodern selfhood". EN *Symbolic Interaction and Cultural Studies*, EDITADO POR Howard S. Becker and Michal M. McCall, pp. 215 y ss. Chicago U.P.: Chicago.
- Glassner, Barry y Hertz, R.** (Ed.) 1999 *Qualitative sociology and everyday life*. Sage: New York.
- Glover, Jonathan** (Ed.) 1991 *The Philosophy of Mind*. Oxford U. P.: Oxford.
- Gluckman, M.** (Ed.) 1962 *Essays on the ritual of social relations*. Manchester U.P.: Manchester.
- Goddard, David** 1975 "Phylosophy and structuralism" EN *Phylosophy of the social sciences*; 5(2): 103-123.
- Goddard, Michael** 1998 "What makes Hari run? The social construction of madness in Papua New Guinea society" EN *Critique of anthropology*; 18(1): 61-81.
- Godelier, Maurice** 2004 "Acerca de las cosas que se dan, de las cosas que se venden y de las que no hay que vender ni dar sino que hay que guardar. Una revelación crítica del Ensayo sobre el don de Marcel Mauss". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu. UNED: Madrid.
- Godelier, Maurice** 2003 "Lo ideal y lo material". EN *Introducción al estudio de la antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu. UNED addenda: Madrid.
- Godelier, Maurice** 1981 (1980) *Instituciones económicas*. Anagrama: Barcelona
- Godelier, Maurice** (Ed.) 1974 *Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas*. S.XXI: Madrid.
- Godelier, Maurice** 1974 "Mito e historia: reflexiones sobre los fundamentos del pensamiento salvaje". EN *Economía, fetichismo y religión en las sociedades primitivas*, EDITADO POR Maurice Godelier. Siglo XXI: Madrid.
- Goffman, Erving** 1981 *Forms of talk*. Pensilvania U.P.: Philadelphia
- Goffman, Erving** 1980 (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu: Buenos Aires
- Goffman, Erving** 1980 (1959) *La presentación de la personalidad en la vida cotidiana*. Amorrortu: Buenos Aires
- Goffman, Erving** 1972 (1961) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu: Buenos Aires
- Goffman, Erving** 1971 *Relations in public. Microstructures in the social order*. Harper: New York
- Goffman, Erving** 1967 *Interaction Ritual. Essays on Face-to-Face Behavior*. Pantheon: New York
- Goffman, Erving** 1983 "The interaction order" EN *Am. Sociological Rev.*; 48(1): 17-Jan.
- Goldberg, Joseph F. y Harrow, Martin** (Ed.) 1999 *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome*. American Psychiatric Press: Washington, D.C.
- Goldschmidt, Walter** 2001 "Notes toward a Theory of Applied Anthropology" EN *Human Organization*; 60(4): 423-429.
- Gondar Portosany, Marcial** 2005 "Neoliberalismo e saúde mental. Economía política da loucura" EN *A Trabe de Ouro*; 61: 13-29.
- Gondar Portosany, Marcial** 1997 "Relacione terapéutica e conflito de intereses na saúde mental. Estratexias de xestión". EN AA. VV. 1997, pp. 323-332.
- Gondar Portosany, Marcial** (Ed.) 1995 *Anorexia: dieta, estética, crenzas*. Museo Pobo Galego: Santiago.
- Gondar Portosany, Marcial** 1995 "O exótico como ponte cultural. As claves do simposio". EN *Anorexia: dieta, estética, crenzas*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany vol. 23-Sep. Museo do Pobo Galego: Santiago.
- Gondar Portosany, Marcial** 1993 *Crítica da razón galega. Entre o nós-mesmos e nós-outros*. A Nosa Terra: Vigo
- Gondar Portosany, Marcial** 1992 "A doenza como forma de cultura". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and E. González Fernández, pp. 15-40. Laiovento: Santiago.
- Gondar Portosany, Marcial** 1992 "Sabias e doutores". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 239-254. Laiovento: Santiago.
- Gondar Portosany, Marcial** 1990 *Mulleres de mortos. Cara a unha antropología da muller gallega*. Xerais: Vigo
- Gondar Portosany, Marcial** 1989 *Romeiros do Allén. Antropoloxía da Morte en Galicia*. Xerais: Vigo
- Gondar Portosany, Marcial** 1989 "Sabias e doctores: o conflito medicina oficial / medicina popular na Galicia non urbana". EN AA. VV. 1989.
- Gondar Portosany, Marcial** 1987 *A morte*. O Castro: Sada
- Gondar Portosany, Marcial y González Fernández, Emilio** (Ed.) 2003 *Poseídos: ensayos de etnopsiquiatria gallega*. Laiovento: Santiago.
- Gondar Portosany, Marcial y González Fernández, Emilio** (Ed.) 1992 *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*. Laiovento: Santiago.
- Gondar Portosany, Marcial, Guisán, Esperanza, Rodríguez, Joaquín, San Martín, Javier y Vázquez, Juan** (Ed.) 1980 *Antropología y Racionalidad*. Salvora: Santiago.
- González de Chávez, M.** 1977 "La salud Mental en Madrid" EN *Triunfo*.
- González Duro, Enrique** 2008 *Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos*. Península: Barcelona
- González Duro, Enrique** 1992 (1989) *Memoria de un manicomio*. Prodhufi: Madrid
- González Duro, Enrique** 1987 *Treinta años de psiquiatría en España: 1956-1986*. Libertarias: Madrid
- González Duro, Enrique** 1978 *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*. Akal: Madrid
- González Duro, Enrique** 1975 "Evolución de la psiquiatría en España" EN *Doctor*; Febrero.
- González Duro, Enrique** 1974 *Informe sobre la asistencia psiquiátrica española*. Cuadernos para el diálogo: Madrid
- González Duró, Enrique** 1996 *Historia de la locura en España III: Del reformismo del siglo XIX al franquismo*. Temas de Hoy: Madrid
- González Duró, Enrique** 1995 *Historia de la locura en España. Tomo II: Siglos XVIII y XIX*. Temas de Hoy: Madrid
- González Echevarría, A., San Román, T. y Valdés, R.** (Ed.) 1983 *Tres escritos introductorios al estudio del parentesco y una bibliografía general*. Universidad Autónoma de Barcelona: Barcelona.
- González Fernández, Emilio** 1999 "Psicogeriatría cultural: la entrevista clínica como intervención cultural" EN *Psiquiatría Pública*; 11(1): 27-35.
- González Fernández, Emilio** 1999 *A Unidade de saúde mental como broker cultural: alterantivas a xestión da locura nun municipio rural galego* UNIVERSIDAD Universidade Santiago de Compostela.
- González Fernández, Emilio** 1997 "A peregrinación dos síntomas". EN AA. VV. 1997, pp. 307-322.
- González Fernández, Emilio** (Ed.) 1994 *Cultura e saúde mental. Aproximacións antropolóxicas a clínica psiquiátrica en Galicia*. Xunta de Galicia: Santiago.
- González Fernández, Emilio** 1992 "Psiquiatría transcultural. Un achegamento pragmático". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and E. González Fernández, pp. 41-66. Laiovento: Santiago.
- González Fernández, Emilio** 1992 "Medicina popular: racionalidade das crises históricas e das respostas as mesmas". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 157-170. Laiovento: Santiago.
- González Fernández, Emilio** 1984 "Medicina popular: racionalidade das crises históricas e da resposta ás mesmas". EN AA. VV. 1984.
- González Fernández, Emilio** 1977 *A psiquiatría en Galicia. A psiquiatria galega e Conxo*. Do Rueiro: Madrid

- González Fernández, Emilio y Comelles, Josep M.** (Ed.) 2000 *Psiquiatría transcultural*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.
- González Fernández, Emilio y García, Xosé** 1978 *As institucións da locura en Galicia. Por unha nova psiquiatría*. Minerva: Santiago
- González Fernández, Emilio, Mazaira Castro, Xosé Alfredo and Simon Lorda, David** 1992 "O psicofármaco como ponte cultural. Aproximación etnopsiquiátrica os efectos placebo en pacientes galegos". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 171-181. Laiovento: Santiago.
- González Fernández, Emilio y Simón Lorda, David** 1997 "Una visión de la asistencia psiquiátrica gallega en el siglo XX: Manuel Cabaleiro Goás" EN *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*; (62): 305-309.
- González Fernández, Emilio and Simón Lorda, David** 1992 "Pensamiento antropológico de los médicos gallego. Apunte histórico". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 91-122. Laiovento: Santiago.
- González Fernández, Emilio and Simón Lorda, David** 1992 "Pensamiento antropológico dos médicos galegos (Apunte histórico)". EN *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 91-120. Laiovento: Santiago.
- González Loyola, G. y Mendoza Zepeda, R.** 1989 *Antropología médica*. Interamericana, McGraw-Hill: México
- González Morán, L.** 1990 *La responsabilidad civil del médico*. Bosch: Barcelona
- González Purroy, Miguel** 2004 *La esquizofrenia: diario de un viaje*. Desclee Brouwer: Bilbao
- González Purroy, Miguel** 2001 *Diario de un esquizofrenico*. Desclee de Brouwer: Bilbao
- González Pérez, Clodio** 1991 *As festas cíclicas do ano. Temas de cultura popular para o ensino*. Museo do Pobo Galego: Santiago
- González Pérez, Clodio** 1989 *Os maios*. Ir Indo: Santiago
- González Pérez, Clodio** 1988 *O refraneiro do mar*: Vigo
- González Pérez, Clodio** 1975 *San Pedro de Angoares. Modelo para la memoria de una parroquia*. Museo Pontevedra: Pontevedra
- González Reboredo, X.M.** (Ed.) 1997 *Medicina popular e antropoloxía da saúde. Actas do simposio Internacional en Homenaxe rendida a D. Antonio Fraguas*. Consello Cultura Galega: Santiago de Compostela.
- González Reboredo, X.M.** 1989 *San Xuan*. Ir Indo: Vigo
- González Reboredo, X.M.** 1987 *Entroido en Galicia*. Diputación Coruña
- González Reboredo, X.M.** 1983 *Lendas galegas na tradición oral*. Galaxia: Vigo
- González Reboredo, X.M.** 1971 *El folklore de los castros gallegos*. Univer. Santiago
- González Reboredo, X.M. y Fernández de Rota e Monter, Xosé Antonio** (Ed.) 1990 *Nos Lindeiros da Galegidade I*. Concello Cultura Galega: Santiago.
- González Reboredo, X.M. y Rodríguez Campos, J.** (Ed.) 1990 *Antropología y etnografía de las proximidades de la sierra de ancares I*. Diputación Provincial: Lugo.
- González Reboredo, Xosé M.** 1996 *La construcción del texto etnográfico a través de dos autores. Aportación a una historia de la etnografía en Galicia*. CSIC-Padre Sarmiento: Santiago
- González Reboredo, Xosé Manuel, Rodríguez Campos, Xaquín y González Pérez, Clodio** (Ed.) 1991 *Antropología y etnografía de las proximidades de la Sierra de Ancares*. Servicio de Publicaciones Diputación Provincial: Lugo.
- González Álvarez, Onésimo** (Ed.) 1993 *Veinte años de psiquiatría pública en Huelva 1971-1991*. Diputación Huelva: Huelva.
- Good, B.** 1993 *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Good, B.** 1977 "The heart of what's the matter: the semantic of illness in Iran" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 1: 25-58.
- Good, B. and Delvechio Good, Mary-Jo** 1984 "Toward a meaning-centered analysis of Popular illness Categories: "Fright Illness" and "Heart Distress" in Iran". EN *Marsella-White* 1984, pp. 141-166.
- Good, B.J. and Delvechio Good, Mary-Jo** 1981 "The meaning of symptoms: a cultural hermenutic model for clinical practice". EN *The relevance of social Science for medicine*, EDITADO POR Arthur Kleinman and L. Eisenberg, pp. 165-196. Reidel: London.
- Goodenough, W.H.** (Ed.) 1964 *Explanations in Cultural Anthropology*. McGrawHill: New York.
- Goodenough, Ward H.** 1956 "Componential Analysis and the Study of Meaning" EN *Language*; 32(1): 195-216.
- Goody, Jack** 1985 (1977) *La domesticación del pensamiento salvaje*. Akal: Madrid
- Gopen, G.D. y Swan, J.A.** 1990 "The science of scientific writing" EN *American Scientist*; 78: 550-558.
- Gordon, C.** (Ed.) 1980 *M. Foucault: power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Harvester: New York.
- Gordon, S., Benner, P. y Noddings, N.** (Ed.) 1996 *Caregiving: Reading in Knowledge, Practice and Politics*. Philadelphia U.P.: Philadelphia.
- Gorman, Jack M** 1997 *The Essential Guide to Psychiatric Drugs*. St. Martin's Press: New York
- Gorwane, N. and al., Et** 1980 "Migration from Latin American countries to the United States: the economic, social and reproductive lives of Hispanic female immigrants".
- Gottesman, Irving I.** 1997 *Schizophrenia Genesis. The Origins of Madness*. W.H. Freeman and Company: New York
- Gouldner, A.** 1971 *The Coming crisis of Western Sociology*. Heinemann: London
- Gove, W. R. y Tudor, J.** 1973 "Adult sex roles and Mental Illness" EN *American Journal of Sociology*; 78: 812-835.
- Gove, Walter** 1982 *Deviance and Mental Illness*. Sage: Beverly Hills
- González Reboredo, X.M. y Fernández de Rota e Monter, X.M.** (Ed.) 1991 *Actas del simposio de antropoloxia: "Lindeiros da Galegidade I"*. Consello da Cultura Galega: A Coruña.
- Gradillas, Vicente** 1998 *La familia del enfermo mental. La otra cara de la psiquiatría*. Díaz de Santos: Madrid
- Gradín Barcia, María Teresa** 1990 "Rituales curativos: univesos simbólicos galaicos". EN *Actas del primer congreso Internacional Gallaecia*, EDITADO POR AA.VV. Concello A Garda: A Garda.
- Gray, J.A.M.** 1979 *Man Against Disease*. Oxford University Press: Oxford
- Greenberg, Joanne** 1964 *I never primised you a rose garden*. Signet: New York.
- Greenberg, M.** 2008 *Hurry Down Sunshine. A memory*. Other Press: New York
- Greenhouse, C.** 1986 *Praying for justice: faith, order and community in an American town*. Ithaca: Cornell
- Greenwood, D.** 1975 *Unrevariding Wealth: The Commercialization and Collapse of Agriculture in a Spanish Basque Town*. Cambridge U.P.
- Greenwood, Davydd y al., Et** 1988 "Introduction [to "Theme Issue: Medical Anthropology"]". EN *American Ethnologist*; 15: 1-3.
- Greenwood, Davydd y al., Et** 1988 "Introduction [to Special Issue: Medical Anthropology]" EN *American Ethnologist*; 15: 1-3.
- Griffith, Ezra E.H.** 1996 "African American Perspectives". EN *Culture and Psychiatric Diagnosis: a DSM-IV Perspective*, EDITADO POR Juan E. Mezzich, Arthur Kleinman, Horacio Fabrega and Et al., pp. 27-31. American Psychiatric Press: Washington.
- Grisson** 1975 *Sociedad de locos*. Nueva Visión: Buenos Aires
- Grob, G.** 1985 *The inner world of american psychiatry*. Rutgers U.P.: New Brunswick
- Grolling, F.X. y al., et** (Ed.) 1976 *Medical Anthropolgy*. Mouton: The Hague.
- Gross, Martin L.** 1998 (1997) *The End of Sanity. Social and cultural madness in America*. Avon Books: New York
- Gross, Martin L.** 1962 *The Brain Watchers*. Random House: New York
- Guibert, Hervé** 1991 *To the friend who did not save my life*. High Risk Books: London
- Gurriarán Rodríguez, R.** 2008 "Biografía de Villamil" EN www.culturagalega.org/albumdaciencia/detalle.php?id=54;

- Gurriarán Rodríguez, R.án Rodríguez, R.** 2006 *Ciencia y conciencia na Universidade de Santiago (1900-1940)*. Universidade Santiago: Santiago de Compostela
- Gutiérrez, Juan and Delgado, Juan Manuel** 1994 "Teorías de la Observación". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Juan Manuel Delgado and Juan Gutiérrez, pp. 141-173. Síntesis: Madrid.
- Guttentag, M. y al., et (Ed.)** 1980 *The Mental Health of Women*. Academic P.: New York.
- Giménez Serrano, Salvador y Martín González, Ramón** 2000 *Guía práctica de las medicinas alternativas: acupuntura, aromaterapia, dietoterapia, homeopatía, tai-chi, terapia florar, yoga...* Circulo de Lectores: Madrid
- Gómez Benito, Cristobal y González Rodríguez, Juan Jesús** (Ed.) 1997 *Agricultura y sociedad en la España contemporánea*. CIS: Madrid.
- Gómez Benito, Cristobal y González, Juan Jesús** (Ed.) 2002 *Agricultura y sociedad en el cambio de siglo*. McGraw Hill - UNED: Madrid.
- Gómez Colomer, Juan Luis** (Ed.) 1987 *Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales*. Civitas: Madrid.
- Gómez de Liaño González, F.** 1990 *El proceso civil I*. Forum: Oviedo
- Gómez-Santos, Marino** 2007 *López Ibor. El Hilo Rojo En Su Pensamiento*. Biblioteca Nueva: Madrid
- González Pérez, Clodio** 1991 *As Festas cíclicas do ano*. Museo do Pobo Galego: Santiago
- Günter, G.** 1979 *Beträge zur Grundlegung einer Operationsfähiger Dialektik II*: Hamburg
- Günter, G.** 1979 "ife as Poly-Contextuality". EN *Beiträge zur Grundlegung einer operationsfähiger Dialektik II*, EDITADO POR G. Günter. Hamburg:.
- Haber, J.** (Ed.) 1983 *Psiquiatría. Texto básico*. Salvat: Barcelona.
- Habermas, Junger** 1989 (1985) *El discurso filosófico de la modernidad. (Doce lecciones)*. Taurus: Madrid
- Habermas, Junger** 1989 (1981) *Teoría de la acción comunicativa. II: Crítica de la razón funcionalista*. Taurus: Madrid
- Habermas, Junger** 1988 *Nachmetaphysisches Denken. Philosophische Aufsätze*. Suhrkamp: Frankfurt
- Habermas, Junger** 1988 (1981) *Teoría de la acción comunicativa. I: Racionalidad de la acción y racionalización social*. Taurus: Madrid
- Habermas, Junger** 1985 *Der Philosophische Diskurs der Moderne*. Suhrkamp Verlag: Frankfurt
- Habermas, Jurgen** 1999 (1996) *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Paidós: Barcelona
- Habermas, Jurgen** 1989 "Volsoveranitaat als Verfahren. Ein normativer Begriff von Öffentlichkeit" EN *Merkur*; 43.
- Habermas, Jurgen** 1986 (1962) *Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida pública*. Gustavo Gili: Mexico
- Habermas, Jurgen** 1985 "Con la flecha en el corazón de la actualidad. Acerca del curso de Foucault sobre el texto de Kant: "Was ist Aufklärung?"". EN *Mainz* 1987, pp. 12-Sep.
- Habermas, Jurgen** 1972 *Teorías de la verdad*
- Habermas, Jürgen** 1989 (1985) *El discurso filosófico de la modernidad. (Doce lecciones)*. Taurus: Madrid
- Haggard, H.W.** 1946 *El médico en la historia*: Buenos Aires
- Hahn, R.K. y Albers, L. J., et al.** 2008 *Psychiatry. A current clinical strategies medical book*. CCC: New York
- Halbwachs, Maurice** 1994 (1925) *Les cadres sociaux de la mémoire*. Albin Michel.: Paris
- Halbwachs, Maurice** 1994 "Memoria colectiva y memoria histórica" EN *REIS*; 69/1995: 209-219.
- Hall, Laura Lee** 1996 *Genetics and Mental Illness: Evolving Issues for Research and Society*. Plenum Press: New York
- Hammer, Leon** 1990 *Dragon Rises and Red Bird Flies. Psychology and Chinese Medicine*. Station Hill Press: New York
- Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul** 1994 (1983) *Etnografía. Métodos de investigación*. Paidós: Barcelona
- Hand, W.** (Ed.) 1976 *American folk medicine*. California U.P.: Berkley.
- Hannay, D.** 1979 *The Sympton Iceberg, A Study in Community Health*. Routledge and Kegan Paul: London
- Hannerz, Ulf** 1980 (1980) *Exploración de la ciudad. Hacia una antropología urbana*. F.C.E.: Mexico
- Hare, Martha L.** 1993 "The emergence of an urban U.S. Chinese medicine" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 7(1): 30-49.
- Harris, Marvin** 2003 (1968) *El desarrollo de la teoría antropológica*. Siglo XXI: Madrid
- Harris, Marvin** 2001 (1985) *Bueno para comer*. Alianza: Madrid
- Harris, Marvin** 1998 *Theories of Culture in Postmodern Times*. AltaMira Press: California
- Harris, Marvin** 1989 (1974) *Vacas, Cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura*. Alianza: Madrid
- Harris, Marvin** 1988 (1981) *La cultura norteamericana contemporánea. Una visión antropológica*. Alianza: Madrid
- Harris, Marvin** 1982 *Cultural Materialism: The Struggle for a Science of Culture*. Random: New York
- Harris, Marvin** 1981 (1971) *Introducción a la antropología general*. Alianza: Madrid
- Harris, Olivia y Young, Kate** (Ed.) 1979 *Antropología y feminismo*. Anagrama: Barcelona.
- Harré, R. y Parrott, W.** (Ed.) 1996 *The Emotions: Social, Cultural and Biological Dimensions*. Sage: California.
- O.J., Harvey.** (Ed.) 1963 *Motivation and social interaction*. Ronald Press: New York.
- Haslam, John** 1988 (1810) *Illustrations of madness. Edited by Roy Porter*. Roudledge: New York
- Hatfield, Agnes B. y Lefley, Harriet P.** 1993 *Surviving Mental Illness: Stress, Coping and Adaptation*. Guilford Press: New York
- Have, Ten Paul** 1991 "Assymetry in doctor-patient interaction". EN *Boden-Zimmerman* 1991.
- Heabich, Anna** 2005 "The battlefields of aboriginal history". EN *Australian's History. Themes and debates*, EDITADO POR Martyn Lyons and Penny Russel, pp. 1-21. UNSW: Sydney.
- Heath, Ch.** 1986 *Speech and body movement in medical encounters*. Cambridge U.P.
- Heath, Ch.** 1984 "Talk and reciprocity: sequential organization in speech and body movement". EN *Atkinson-Heritage* 1984, pp. 242-265.
- Heath, Ch.** 1981 "The opening sequence in doctor-patient interaction". EN *Atkinson-Heath* 1981, pp. 71-90.
- Heelas, P. y Lock, A.** (Ed.) 1981 *Indigenous Psychologies: The Anthropology of the self*. Academic Press: London.
- Hellner, Sosna** (Ed.) 1986 *Reconstructing Individualism. Autonomy, individuality and Self in Western Thought*. Stanford U.P.: Stanford.
- Henderson, George** 1981 *Physian-Patient communication. Readings and Recommendations*. Charles and Thomas: Springfield Il.
- Henderson, Lawrence J.** 1935 "Physician and Patient as a social system" EN *New England Journal of Medicine*; 212: 819-823.
- Henriques, J., Hollway, W. y al., Et** (Ed.) 1984 *Changuing the subject*. Methuen: London.
- Herder, Johann Gottfried** 1959 *Ideas para una Filosofía de la Historia de la Humanidad*. Losada: Buenos Aires
- Herzfeld, M.** 1986 "Within and without: the category of "female" in the ethnography of modern Greece". EN *Dubish* 1986, pp. 207 y ss.
- Herzlich, C.** 1984 "La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie" EN *Social Sociales et Santé*; 2(2): 71-84.
- Herzlich, C.** 1973 *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. Academic Press: London
- Herzlich, C. y Pierret, J.** 1987 *Illness and Self in Society*. Hopskins: Baltimore
- Higgs, Paul y a., et (Ed.)** 1998 *Modernity, medicine and health. Meial sociology toward 2000*. Roudledge: New York.
- Hill, C.E.** 1991 *Training Manual in applied medical anthropology*. AAA: Washington
- Hill, Grabame** 2001 *Psychology through diagrams. A Level*. Oxford U.P.: London
- Hill, R.F. y Simonelli, J. M.** (Ed.) 1985 *Training manual in Medical anthropology*. Soc. Med.Anthr: Washington, D.C.

- Hines, D.** 1993 *Magic in the mountains. The Yakima shaman, power and practice*. Issaquah: Great Eagle P.
- Hinshaw, Stephen P.** (Ed.) 2007 *Breaking the Silence: Mental Health Professionals Disclose Their Personal and Family Experiences of Mental Illness*. Oxford UP: New York.
- Hinton, John** 1967 *Dying*. Penguin: Harmondsworth
- Hirst, Paul and P. Wooley** 1982 *Social relations and human attributes*. Tavistock: New York
- Hoche, Alfred, Kräpelin, Emil y Bumke, Oswald.** (Ed.) 1999 *Los síntomas de la locura*. Fundación Archivos de Neurobiología; Editorial Triacastella: Madrid.
- Hochschild, A.** 1983 *The Managed Heart: Commercialization of Human Feelings*. California U.P.: Berkley
- Hock, Roger R.** (Ed.) 1999 *Forty studies that changed psychology. Explanations into the History of Psychological Research*. Prentice Hill: NJ.
- Hoerning, Erika M. y Alheit, Petyer** 1995 "Biographical Socialization" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 101-114.
- Hoff, Paul** 1999 "Introducción a "Las manifestaciones de la locura"". EN *Las manifestaciones de la locura*, EDITADO POR Alfred Hoche, Emil Kräpelin and Oswald Bumke, pp. 37-44. Triacastella: Madrid.
- Hoffman, Jack y Simon, Daniel** 1966 *Run Run Run: The Lives of Abbie Hoffman*. G. P. Putnam's Sons: New York
- Hole, Bonnie Laird** 1980 "Sampling in Archeology: A Critique" EN *Ann. Rev. Anthropol.*; 9: 217-234.
- Hollier, Denis Ed.** 1982 (1979) *El colegio de sociología*. Taurus: Madrid
- Hollingshead, A.B. y F.C. Redlich.** 1958 *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. Wiley: New York
- Holzner, B. And J.H. Marx** 1979 *Knowledge application: the knowledge system in society*. Allyn and Bacon: Boston
- Homer, Anthony R.** 1977 "Women and the Politics of "Psychotherapy"" EN *Australian Journal of Social Issues*; 12(2): 102-129.
- Hopper, Kim.** 1991 "Some Old Questions for the New Cross-Cultural Psychiatry" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 5(4): 299-330.
- Horkheimer, Max** 1977 "La familia y el autoritarismo". EN *Parsons 1977*.
- Horkheimer, Max** 1974 (1937) *La teoría crítica*. Amorrortu: Buenos Aires
- Horkheimer, Max** 1974 (1937) "Teoría tradicional, teoría crítica". EN *Teoría Crítica*, EDITADO POR Max Horkheimer. Amorrortu: Buenos Aires.
- Horkheimer, Max** 1967 "La función de la teología en la sociedad (entrevista)". EN *A la búsqueda del sentido*, EDITADO POR Herbert Marcuse, Karl Popper and Max Horkheimer.
- Horwitz, Allan V.** 2003 *Creating mental illness*. Chicago UP: Chicago
- Horwitz, Allan V.** 1981 *The Social Control of Mental Illness*. Academic Press.: New York
- Horwitz, Allan V. y Scheid, Teresa L.** (Ed.) 1999 *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*. Cambridge UP: New York.
- Horwitz, Allan V. y Wakefield, Jerome C.** (Ed.) 2007 *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford UP: New York.
- Houle, Gilles** 1995 "Common Sense as a Specific Form of Knowledge. Elements of a theory of otherness" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 88-99.
- Howard Ross, Marc** 1995 (1993) *La cultura del conflicto. Las diferencias interculturales en la práctica de la violencia*. Paidós: Barcelona
- Hsu, F.L.K.** 1994 "The self in cross-cultural perspective". EN *Culture and self: Asian and Western Perspectives*, EDITADO POR A. Marsella and et al., pp. 24-28. Tavistock: Cohen.
- Hull, D.** 1979 "Migration, adaptation and illness: a review" EN *Soc. Science and Medicine*; 13A: 25-30.
- Hundert, Edward M.** 1990 (1989) *Philosophy, Psychiatry and Neuroscience. Three Approaches to the Mind*. Clarendon Press: London
- Hunt, S.M. y McEwen, J.** 1980 "The development of a subjective health indicator" EN *Sociology of Health and Illness*; 2: 231-46.
- Husserl, Edmundo** 1991 *La crisis de las ciencias europeas: una introducción a la filosofía fenomenológica*. Crítica: Barcelona
- Husserl, Edmundo** 1982 (1950) *La idea de fenomenología*. Cinco lecciones. FCE: Madrid
- Husserl, Edmundo** 1981 *La filosofía como ciencia estricta*. Nova: Buenos Aires
- Ibañez, Jesús** 1994 (1991) *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Siglo XXI: Madrid
- Ibañez, Jesús** 1994 *Por una sociología de la vida cotidiana*. Siglo XXI: Madrid
- Ibañez, Jesús** 1994 "Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Manuel García Ferrando and Jesús Ibañez, pp. 568-581. Alianza: Madrid.
- Ibañez, Jesús** 1994 "Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Manuel García Ferrando and Jesús Ibañez, pp. 51-85. Alianza: Madrid.
- Ibañez, Jesús** 1993 "El papel del sujeto en la teoría (Hacia una sociología reflexiva)". EN *Problemas de la teoría social contemporánea*, EDITADO POR E. Lamo and J.E. Rodríguez Ibañez, pp. 359-386. C.S.I.S.: Madrid.
- Ibañez, Jesús** 1990 "Nuevos avances de la investigación social. La investigación social de segundo orden" EN *Anthropos*; 22(Suplementos).
- Ibañez, Jesús** 1985 *Del algorismo al sujeto*. Siglo XXI: Madrid
- Ibañez, Jesús** 1979 *Más allá de la sociología*. Siglo XXI: Madrid
- Ibañez, Jesús, Reyes, Román, Álvarez Uría, Fernando, Fernández de Castro, Ignacio, Lamo de Espinosa, Emilio, Orti, Alfonso, Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis y Varela, Julia** (Ed.) 1992 *Las ciencias sociales en España. Historia inmediata, crítica y perspectivas*. Universidad Complutense: Madrid.
- Ibañez, Tomás** 2001 *Muníciones para disidentes: Realidad - Verdad - Política*. Gedisa: Barcelona
- IDEGA** 1995 *Sistema financiero galego e desenvolvemento en Galicia*. IDEGA: Santiago
- Iglesias, M.C., Aramerri, J.R. y Zuñiga, L.R.** (Ed.) 1989 *Los Orígenes de la teoría sociológica: Montesquieu, Rosseau, Hegel, Saint-Simon, Tocqueville, Comte, Marx, Spencer*. Akal: Madrid.
- Ignatieff, M.** 1984 *The Needs of Strangers*. Chatus and Windus: London
- Illich, I., Zola, I.K. y al., et** (Ed.) 1977 *Disabling Professions*. Marion Boyars: London.
- Illich, Iván** 1975 *Némesis médica*. Barral: Barcelona
- Ingenieros, José** 1953 *Criminología*. Hemisferio: Buenos Aires
- Ingman, S.R. y Thomas, A.E.** (Ed.) 1975 *Topias und Utopias of Health*. La Hague-Mounton: París.
- Ingold, Tim** 1990 "An Anthropologist Looks at Biology" EN *Man (n.s.)*; 18(2): 327-345.
- Irish, William** 2004 *No quisiera estar en sus zapatos*. El País: Madrid
- Irwin, Alan** 2002 (1997) "Riesgo, medio ambiente y conocimientos ambientales". EN *Sociología del medioambiente. Una perspectiva internacional*, EDITADO POR Michael Redclift and Graham Woodgate, pp. 223-233. McGrawHill: Madrid.
- Isaac, R.J. y Armat, U.C.** (Ed.) 1990 *Madness in the streets. How Psychiatry and the law abandoned the mentally ill*. Free press: New York.
- Isaac, Raeljean y Armat, Virginia C.** 2000 *Madness in the Streets*. Free Press: New York
- Izquierdo, Mora y Vázquez, José** (Ed.) 1995 *La metamorfosis de los servicios de salud al nuevo estilo de gerencia de calidad (managed care), los médicos y su estilo de práctica*. Izquierdo Mora: Puerto Rico.
- Izuzquiza, Ignacio** 1990 "La urgencia de la nueva lógica". EN *Sociedad y sistema: la ambición de la teoría*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 9-40. Paidós: Barcelona.
- Izuzquiza, Ignacio** 1990 *La sociedad sin hombres*. Niklas Luhmann o la teoría como escándalo. Anthropos: Barcelona
- Jablensky, Assen** 1992 "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures, A World Health

- Organization ten-country study" EN *Psychological Medicine*; suple. 20: 1-95.
- Jackson, Jean E.** 1992 ""After a While No One Believes You": Real and Unreal Pain". EN *Delvechio et al.* 1992, pp. 138-168.
- Jackson, S.W.** 1989 *Historia de la melancolía y de la depresión desde los tiempos hipocráticos hasta la época moderna*: Madrid
- Jaco, E. y Gaartley, E.** (Ed.) 1979 *Patients, Physicians and Illness*. Collier Macmillan: London.
- Jagger, A. M.** 1989 *Gender, Body, Knowledge*. Rutgers U.P.: Rutgers
- James, V. y Gabe, J.** 1996 *Health and Sociology of Emotions*. Blackwell P.: Oxford, U.K.
- Jameson** 1983 "Postmodernism and the consumer society". EN *Foster* 1983, pp. 111-125.
- Janicak, Philip G., Davis, John M. y Preskorn, Sheldon H.** (Ed.) 1997 *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Williams and Wilkins: Baltimore.
- Jaralemon, D. And D. Sharon** 1993 *Sorcery and Shamanism: curanderas and santas en North Peru*. Utah U.P.: Utah
- Jarauja, F.** (Ed.) 1986 *La crisis de la razón*. Publicaciones Universidad Murcia: Murcia.
- Jarauja, F.** 1986 "De la razón clásica al saber de la precariedad". EN *La crisis de la razón*, EDITADO POR F. Jarauja. Public. Univ. Murcia: Murcia.
- Jay, Martin** 1974 (1973) *La imaginación dialéctica. Una historia de la escuela de Frankfurt y el instituto para la investigación social (1923-1950)*. Taurus: Madrid
- Jefferson, Gail, H. Sacks and E.A. Schegloff** 1986 "Notes on laughter in the pursuit of intimacy". EN *Button-Lee* 1986, pp. 152-205.
- Jefferson, Gail, H. Sacks and E.A. Schegloff** 1974 "A simplest systematic for the organization of turn-taking in conversation" EN *Language*; 50,696-735.
- Jervis, Giovanni** 1977 (1975) *Manual crítico de psiquiatría*. Anagrama: Barcelona
- Jewell, D.P.** 1952 "A case of a "psychotic" Navaho indian male" EN *Human Organization*; 11,2.
- Jimeno Valdés, Agustín** 2006 *La psiquiatría que yo he vivido*. www.psiquired.com
- Jimeno Valdés, Agustín** 2006 *El docto D. Agustín Jimeno Cattaneo Nota sobre la historia de la psiquiatría en España*. www.psiquired.com
- Jimeno Valdés, Agustín** 2006 "José Luis Montoya Rico In memoriam." EN <http://www.psiquired.com/Agustin/JoseLuisMontoyaRico.asp>.
- Jimeno Valdés, Agustín** 1979 "Cinco años de psiquiatría sectorial a partir del sanatorio psiquiátrico de conjo en Santiago de compostela" EN *Archivos de Neurobiología*; XLII(2): 87-114.
- Jiménez Ponce, F., Soto, J., Velasco, F., Castro, G. y Carrillo, J.D.** 2006 "Introducción a la neurocirugía psiquiátrica" EN *Salud Mental*; 29(001): 3-12.
- Jodelet, Denise** 1990 (1989) *Madness and Social Representations*. Harvester: London
- Jodelet, Denise.** Ed. 1989 *Les représentations sociales*. PUF: París
- Johannsen, Agneta M.** 1992 "Applied Anthropology and Post-Modernist Ethnography" EN *Human Organizations*; 51(1): 51-81.
- Johnson, Allen W. y Earle, Timothy** 2003 (2000) *La evolución de las sociedades humanas. Desde los grupos de cazadores-recolectores al estado agrario*. Ariel: Barcelona
- Johnson, Th. M. y Sargent, C.F.** (Ed.) 1990 *Medical anthropology: a handbook of theory and method*. Greenwood Press: New York.
- Jones, Colin y Porter, Roy** (Ed.) 1994 *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*. Routledge: London.
- Jones, Kathlenn** 1993 *Asylums and after. A Revised history of the mental health services: from the early 18th century to the 1990's*. Athlone P.: London
- Jones, Petre** (Ed.) 2005 *Doctors as Patients*. Radcliffe-Oxford: Oxford.
- Josselson, E. y A., Lieblich** (Ed.) 1996 *The narrative study of life. Vol. 3: Ethics and process in the narrative study of lifes*. Sage: London.
- Josselson, E. y A., Lieblich** (Ed.) 1995 *The narrative study of life. Vol. 5*. Sage: London.
- Josselson, E. y A., Lieblich** (Ed.) 1995 *The narrative study of life. Vol. 4: Interpreting experience*. Sage: Método.
- Josselson, E. y A., Lieblich** (Ed.) 1994 *The narrative study of life. Vol. 2: Exploring identity and gender*. Sage: London.
- Josselson, E. y A., Lieblich** (Ed.) 1993 *The narrative study of life. Vol. 1*. Sage: London.
- Julia Díaz, Santos** 1993 *Historia Económica y Social Moderna y Contemporánea de España*. UNED: Madrid
- Kadushin, Charles** 1969 *Why people go to psychiatrists*. Atherton: New York
- Kahn, Rhoda K. y Lawrence, J. A., et al.** 2008 *Psychiatry. A current clinical strategies medical book*. Current Clinical Strategies P.: California
- Foundation, Kaiser Family** 2004 *The public managed care and consumers protections*. Kaiser Family foundations: Www.kff.org
- Foundation, Kaiser Family** 1999 *National survey on consumer experiences with health plans*. Kaiser Family foundations: Www.kff.org
- Kant, Imanuel** 1935 *Antropología en sentido pragmático*. Revista de Occidente: Madrid
- Kaplan Daniels, Arlete** 1999 "Standing on the threshold and tripping. Awkwardness in becoming a field-worker". EN *Glassner-Hertz* 1999, pp. 169-180.
- Kaplan Daniels, Arlete** 1983 "Self-Deception and Self-Discovery in Fieldwork" EN *Quantitative Sociology*; 195-214.
- Kaplan Daniels, Arlete** 1967 "The low-caste stranger in social research". EN *Sjoberg* 1967, pp. 267-296.
- Kaplan, A.** 1984 "Philosophy of Science in anthropology" EN *Annual Review of Anthropology*; 13: 25-39.
- Kaplan, Abraham** 1984 "Phyllosophy of science in Anthropology" EN *Annual Review of Anthropology*; 13: 25-39.
- Kaplan, Bert** (Ed.) 1964 *The inner world of mental illness*. Harper: New York.
- Kaplan, H. y Sadock, B.** (Ed.) 1985 *Comprehensive textbook of psychiatry*. Williams and Wilkins: Baltimore.
- Kaplan, H.I.** (Ed.) 1989 *Tratado de psiquiatría. 2 Vols*. Salvat: Barcelona.
- Kaptschuk, Ted J.** 1983 *The Web That Has No Weaver. Understanding Chinese Medicine*. Congdon and Weed: New York
- Karch, P. y Brooks, J.** 1995 "Identifying the responsibilities and needs of working adults who are primary caregivers" EN *Journal of Gerontological Nursing*; 21: 41-50.
- Karp, David A.** 2006 *Is it me or my meds? Living with antidepressants*. Harvard U.P.: Cambridge
- Karp, David A.** 2001 *The Burden of Sympathy. How Families Cope with Mental Illness*. Oxford U.P.: Oxford
- Karp, David A.** 1996 *Speaking of Sadness. Depression, disconnection and the meanings of illness*. Oxford U.P.: New York
- Karp, David A.** 1994 "The dialectics of depression" EN *Symbolic Interaction and Cultural Studies*; 17: 341-366.
- Karp, David A.** 1992 "Illness ambiguity and the search of meaning: A case study of a self-group for affective disorders" EN *Journal of Contemporary Ethnography*; 21: 136-170.
- Kasl, S. B.** 1983 "Health consequences of Migration" EN *Annual Review Of Public Health*; 4: 69-90.
- Katschnig, H. y Freeman, H., et al.** 2000 *La calidad de vida en los trastornos mentales*. Masson: Barcelona
- Katz, Richard** 1993 *The Straight Path. A Story of Healing and Transformation in Fuji*. Addison-Wesley.: Cambridge, Ma.
- Katz, Richard** 1982 *Boiling Energy. Community Healing Among the Kalahari Kung*. Harvard U.P.: Cambridge, Ma.
- King, Kayo** 1993 *Acupuncture and Oriental medicine*. Brochure: Seattle
- Kaysen, Susanna** 1994 *Girl, interrupted*. Vintage: New York
- Kaysen, S., Rayder, W. and Jolie, A.** 1999 *Inocencia Interrumpida*. MGM:
- Keitner, G.** (Ed.) 1990 *Depression and Families: Impact and Treatment*. American Psychiatric Press: Washington, D.C.
- Kelley, H.** 1990 "Unwed mothers and household reputation in a Spanish galician community" EN *Mecanografiado*.
- Kelley, H.** 1989 "Matriarch or witch? Female self image in a contemporary coastal galician community" EN *Mecanografiado*.

- Kelley, H.** 1989 "From peasants to landlords: gender and power in a changing coastal galician village" EN *Mecanografiado*.
- Kelso, J.A. Scott** 1995 *Dynamic patterns. The self-organization of Brain and behaviour*. MIT Press
- Kemper, T.** 1981 "Social constructionist and positivist approaches to the sociology of emotions" EN *American Journal of Sociology*; 87: 336-362.
- Kemper, Theodore D.** (Ed.) 1990 *Research Agenda in the Sociology of Emotions*. New York Press: Albany.
- Kemper, Theodore D.** 1978 *A social Interaction Theory of Emotions*. Wiley: New York
- Kendall, C. y al., et** 1991 "Urbanization, Dengue and the Health transition: anthropological contributions to international health" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 5: 195-268.
- Kendell, R.E.** 1975 *The role of diagnosis in psychiatry*. Blackwell: Oxford
- Kennedy, J.G.** 1979 "Ethnopsychiatry, or Transcultural psychiatry". EN *Todd-Ruffini* 1979, pp. 75-95.
- Kenny, Michael y Miguel, Jesús M. de** (Ed.) 1980 *La antropología médica en España*. Anagrama: Barcelona.
- Kerbo, Harold R.** 1998 *Estratificación social y desigualdad. El conflicto de clases en perspectiva histórica y comparada*. McGrawHill: Madrid
- Kesey, Ken** 1988 (1962) *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Seix Barral: Barcelona
- Kessing, R.M.** 1975 *Kin groups and social structure*. Holt, Rinehart and Winston: Florida
- Kessing, Roger M.** 1974 "Theories of Culture" EN *Annual Review of Anthropology*; 3: 73-97.
- Kessler y Magee, William J.** 1994 "Childhood family violence and adult recurrent depression" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 35: 13-27.
- Kessler, McGonagle, Katherine A., Zhao, Shayang y Nelson, Ch. B.** 1994 "Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey" EN *Archives of General Psychiatry*; 51: 8-19.
- Kessler, Ronald C.** 1979 "Stress, social status and psychological distress" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 20: 259-272.
- Ketwood, T. y Brendin, K.** 1992 *Person to person: A guide to the care of those with failing mental powers*. Gale Centre Publications: Loughton
- Key, Sarah** 1991 *Freddie: A Diary of the Cot Death*. Mandarin: Londres
- Kiev, A.** 1972 *Transcultural Psychiatry*. Free Press: Glencoe
- Kiev, A.** 1968 *Curanderismo. Mexican-American Folk-Psychiatry*. Free P.: New York
- Kiev, A.** (Ed.) 1964 *Magic, faith and healing: studies in primitive psychiatry today*. Free Press: New York.
- Kiple, K. F.** (Ed.) 1984 *The Cambridge History of human disease*. Cambridge P.P.: Cambridge.
- Kirby, Vicki** 1989 "Re-Writing Postmodernism and Ethnography" EN *Mankind*; 19(19): 36-45.
- Kirk, S. y Kutchens, H.** 1992 *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. Aldine DeGreuter: New York
- Kirsch, A.Th.** 1985 "Text and Context: Budist sex Roles. Culture and gender revisited" EN *American Anthropologist*; 302-320.
- Kitwood, Tom** 1993 "Towards the reconstruction of an organic mental disorder". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 143-160. Routledge: London.
- Kitwood, Tom** 1981 *Disclosures to a Stranger*
- Klein, Richard G.** 1989 *The Human Career. Human Biological and Cultural Origins*. Chicago U.P.: London
- Kleinman, Arthur** 2006 *What really matters. Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford, UP: New York
- Kleinman, Arthur** 1996 "How is culture important of DSM-IV?". EN *Culture and Psychiatric Diagnosis: a DSM-IV Perspective*, EDITADO POR Juan E. Mezzich, Arthur Kleinman, Horacio Fabrega and Et al., pp. 15-26. American Psychiatric Press: Washington.
- Kleinman, Arthur** (Ed.) 1995 *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. California U.P.: Berkley.
- Kleinman, Arthur** 1992 "Pain and Resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds". EN *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, EDITADO POR Mary-Jo Delvecchio Good. California U.P.: Berkeley.
- Kleinman, Arthur** 1986 *Social origins of distress and disease*. U. California Press: Berkley
- Kleinman, Arthur** 1986 "Social organization of distress and disease: depression, neurasthenia and Pain in modern China" EN *Current anthropology*; 27(5): 499-509.
- Kleinman, Arthur** 1981 "Culture and Patient Care: Psychiatry among the Chinese" EN *Drug Therapy*; 134-140.
- Kleinman, Arthur** 1980 (1979) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press: Berkeley
- Kleinman, Arthur** 1977 "Depression, Somatization and the new cross-cultural psychiatry" EN *Social Science and Medicine*; 11: 85-93.
- Kleinman, Arthur y Eisenberg, L.** (Ed.) 1981 *The relevance of social Science for medicine*. Reidel: London.
- Kleinman, Arthur, Fabrega, H., Mezzich, Juan E. y Parron, Dolores L.** (Ed.) 1996 *Culture and Psychiatric diagnosis. A DSM-IV Perspective*. American Psychiatric Association Press: New York.
- Kleinman, Arthur y Hahn, R.A.** 1983 "Biomedical Practice and Anthropological Theory" EN *Annual Review of Anthropology*; 12: 305-333.
- Kleinman, Arthur y Hahn, R.A.** 1983 "Belief as Pathogen, Belief as Medicine" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 14(4): 16-19.
- Kleinman, Arthur y Kleinman, J.** 1991 "Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience" EN *Culture, medicine and Psychiatry*; 15(3): 275-302.
- Kleinman, Artur** 1988 *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press: New York
- Kleinman, Artur** 1988 *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. Basic Books: New York
- Kleinman, Artur and Chrisman, N.J.** 1980 "Health Beliefs and Practices". EN *Harvard Encyclopedia of American Ethnic Groups*, EDITADO POR S. Theronstrom, pp. 452-462. Harvard U.P.: Cambridge.
- Knauth, Percy A.** 1975 *Season in Hell*. Harper: New York
- Koh, T.C. Et al.** 1981 "Tai Chi Chuan" EN *Am. J. Of Chinese medicine*; 9(1): 15-22.
- Kohut, H.** 1977 *The analysis of the self*. Amorrortu: Buenos Aires
- Kolle, L.S.** 1964 *Psiquiatría. Manual para médicos y estudiantes*. Alhambra: Madrid
- Kon, I.** (Ed.) 1989 *Historia de la sociología del siglo XIX al comienzos del XX*. Progreso: Moscú.
- Kongstvedt, P.R.** 2003 *Essentials of Managed Health Care*. Jones & Bartlett Publishers: New York
- Kongstvedt, P.R.** 2003 *A study guide to Essentials of managed health care*. Jones & Bartlett: New York
- Kongstvedt, P.R.** 2003 *Managed Care: What It Is and How It Works*. Jones & Bartlett: New York
- Kosa, J. y Zola, I.K.** (Ed.) 1975 *Poverty and Health: A Sociological Analysis*. Harvard University Press: Cambridge, Ma.
- Kottak, Conrad** 2000 *Antropología cultural: Espejo para la humanidad*. McGraw Hill: Madrid
- Kottak, Conrap Philip** 1996 *Antropología. Una exploración de la dimensión humana con temas de la cultura hispánica*. McGraw-Hill: Madrid
- Kraepelin, Emil** 1996 *La demencia precoz*. Polemos: BBAA
- Kraepelin, Emil** 1990 *Manic-depressive insanity and paranoia*. Ayer: New Hampshire
- Kraepelin, Emil** 1988 *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Nieva: Madrid
- Kramer, Heinrich y Spreger, Jacobus** 2005 (1486) *Malleus Maleficarum: el martillo de los brujos*. Círculo Latino: Barcelona
- Kramer, Peter** 2006 (2005) *Contra la depresión*. Seix Barral: Barcelona
- Kramer, Peter** 2005 *Against depression*. Penguin: New York
- Kramer, Peter** 1993 *Listening to Prozac*. Viking: New York
- Krieger, Susan** 1991 *Social science and self*. Rutgers U.P.: New Jersey

- Kroeber, A.L.** 1953 *Anthropology To-Day*. Chicago U.P.: Chicago
- Kroeber, A.L.** 1952 *The Nature of Culture*. Chicago U.P.: Chicago
- Kroeber, A.L.** 1939 *Cultural and Natural Areas of Native North America*. Berkeley: California U.P.
- Kroeber, A.L.** 1917 "The superorganic" EN *American Anthropologist*; 19: 163-213.
- Kräpelin, Emil** 1999 "Las manifestaciones de la locura". EN *Las manifestaciones de la locura*, EDITADO POR Alfred Hoche, Emil Kräpelin and Oswald Bumke, pp. 53-86. Triacastela: Madrid.
- Kubie, L.S.** 1974 "The nature of the neurotic process". EN *Arieti* 1974, pp. 16-Apr.
- Kubzansky, L.D. and Kawachi, I.** 2000 "Affective states and health". EN *Berkam-Kawachi 2000*, pp. 213-241.
- Kugelman, Robert** 1991 "Stress and its management: the cultural construction of an illness and its treatment". EN *Romanucci-Ross 1991*, pp. 370 y ss.
- Kuipers, J.C.** 1989 "Medical discourse in anthropological context. Views of language and power" EN *Medical anthropology Quaterly*; 3(2): 99-123.
- Kuper, Adam** 2001 (1999) *Cultura. La visión de los antropólogos*. Paidós: Barcelona
- Kurzweil, Edith** 1983 "Michel Foucault and culture" EN *Current Perspectives in Social Theory*; 4: 143-179.
- Kuschick, Ingrid** 1995 (1989) *Medicina popular en España*. Siglo XXI: Madrid
- Kutchens, H. y Kirk, Stuart A.** (Ed.) 1997 *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. Free Press: New York.
- Kvale, Steinar** 1996 *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage: London
- Lacan, J.** 1968 *The Language of Self: The Function of Language in Psychoanalysis*. Hopskins University Press: Philadelphia
- Lacan, Jacques** 1979 (1973) *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario XI*. Barral: Barcelona
- Lachenmeyer, Nathaniel** 2000 *The Outsider. A Journey into my Father's Struggle with madness*. Brodway: New York
- Lacruz Berdejo, J.L.** (Ed.) 1988 *Elementos de derecho civil. 2 Vols*. Bosch: Barcelona.
- Laing, R.D.** 1987 (1985) *Razón, demencia y locura. La formación de la psiquiatría 1927-1957*. Grijalbo: Barcelona
- Laing, R.D.** 1983 (1960) *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. F.C.E.: Madrid
- Laing, R.D.** 1974 (1969) *El cuestionamiento de la familia*. Paidós: Barcelona
- Laing, R.D.** 1967 *The politics of experience*. Pantheon: New York
- Laing, R.D. y Cooper, D.** (Ed.) 1973 *Razón y violencia. Una década de pensamiento sartriano*. Paidós: Buenos Aires.
- Laing, R.D. y Esterson, Aaron** 1967 (1964) *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos*. F.C.E.: México
- Laing, R.D. y Schatzman, M.** (Ed.) 1972 *Esquizofrenia y presión social*. Tusquets: Madrid.
- Lakoff, George** 1987 *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories reveal about the mind*. Chicago U.P.: Chicago
- Lakoff, George y Johnson, Mark** 1986 (1980) *Metáforas de la vida cotidiana*. Cátedra: Madrid
- Lam, Dominic H., Jones, Steven H., Hayward, Peter y Bright, Jenifer A.** (Ed.) 1999 *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice*. John Wiley and Sons: Chichester.
- Lamas Crego, Santiago** 2004 *Galicia Borrosa*. Edicións do castro. Seminario Estudos Galegos: Sada
- Lamas Crego, Santiago** 1992 "A propósito dun caso de "Folie à deux" e outros avatares". EN *Espirados. Ensaos de Etnopsiquiatría galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 141-156. Laiovento: Santiago.
- Lamas, Marta** 2004 (2000) "Violencia simbólica, mujeres y prostitución". EN *El ayer y el hoy: Lectura de antropología política. Volumen II: El futuro*, EDITADO POR Aurora Marquina Espinosa, pp. 451-466. UNED: Madrid.
- Lamb, Richard H.** (Ed.) 1984 *The homeless mentally ill. A task force. Report of the American Psychiatric Association*. A.P.A.: Washington, D.C.
- Lamb, Wally** 1998 *I know this much is true*. Regan Haper Collins: New York
- Lamo de Espinosa, Emilio** 1990 *La sociedad reflexiva. Sujeto y objeto del conocimiento sociológico*. CIS: Madrid
- Lamo de Espinosa, Emilio y Torres Alberó, Cristóbal** (Ed.) 1994 *La sociología del conocimiento y la ciencia*. Alianza: Madrid.
- Lamo, E. y Rodríguez Ibañez, J.E.** (Ed.) 1993 *Problemas de la teoría social contemporánea*. C.I.S.: Madrid.
- Landrine, Hope** 1992 *The politics of madness*. Peter Lang: New York
- Landy, David** (Ed.) 1977 *Culture, disease and Healing. Studies in medical anthropology*. McMillan: New York.
- Lange, J. y Bostoe, A.** (Ed.) 1942 *Psiquiatría*. Miguel Servet: Barcelona.
- Langeluddeke, A.** 1972 *Psiquiatría forense*. Espasa-Calpe: Madrid
- Langford, Jean** 1995 "Ayurvedic Interiors: Person, Space and Episteme in Three Medical Practices" EN *Cultural Anthropology*; 10(3): 330-336.
- Langness, L.L.** 1974 "Usos potenciales de la historia de vida en Antropología". EN *Las historias de vida en las ciencias sociales. Teoría y técnica*, EDITADO POR Jorge Balan, pp. 153-172. Nueva Visión: Buenos Aires.
- Langness, L.L.** 1965 *The life history in anthropology science. Studies in anthropological method*. Holt: New York
- Langness, L.L. y Frank, G.** (Ed.) 1981 *Lives: an anthropological approach to biography*. Chandler-Sharp: California.
- Langrick, Roger** 1989 *The Needle Game. One man's life in the world of professional acupuncture*. Dogr Hidesman production: Canada
- Laplace, J. Y J.B. Pentalis** 1977 *Diccionario de psicoanálisis*. Labor: Barcelona
- Laplanche, F.** 1986 *Anthropologie de la Maladie*. Peyot: París
- Laplanche, F.** 1979 (1973) *Introducción a la etnopsiquiatría*. Gedisa: Barcelona
- Larrauri, Maite** 1989 "La anarquología de Michel Foucault" EN *Revista de Occidente*; 98.
- Larrauri, Maite** 1989 "La anarquología de Michel Foucault" EN *Revista de Occidente*; 95: 110-130.
- Larrauri, Maite** 1980 *Conocer Foucault y su obra*. Dopesa: Barcelona
- Last, Murray** 1990 "Professionalization of Indigenous Healers". EN *Medical anthropology: a handbook of theory and method*, EDITADO POR Th. M. Johnson and Sargent, pp. 349-366. Greenwood Press: New York.
- Lasén Díaz, Amparo** 1995 "Notas de introducción al texto de Maurice Halbwachs" EN *REIS*; 69/1995: 203-208.
- Laughlin, R.B. y a., et** (Ed.) 1990 *Brain, symbol and experience: toward a neurophenomenology of human consciousness*. Shambhala: Boston.
- Lauzon, J.-C.** 1992 *Leolo*. Les Productions des Versaus: Canada.
- Lazarus, Arthur** 1996 *Controversies in Managed Mental health care*. American Psychiatric Association Press: New York
- Lain Entalgo, P.** 1998 *La historia clínica*. Triacastela: Madrid
- Lain Entalgo, P.** 1994 *Historia de la medicina*. Masson: Barcelona
- Lain Entalgo, P.** 1983 *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Alianza: Madrid
- Lain Entalgo, P.** 1970 *La medicina hipocrática*: Madrid
- Lain Entalgo, P.** 1987 (1958) *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Anthropos: Barcelona
- Lain Entalgo, Pedro** 1972 *Sobre la amistad*. Revista de Occidente: Madrid
- Le Breton, David** 1999 (1995) *Antropología del dolor*. Seix Barral: Barcelona
- Leach, Edmund** 1994 (1967) *A runaway world*. Oxford: London
- Leach, Edmund** 1978 (1976) *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos. Una introducción al uso del análisis estructuralista en la antropología social*. Siglo XXI: Madrid
- Leach, Edmund** 1971 (1961) *Replanteamiento de la antropología*. Seix-Barral: Barcelona

- Leacock, E.** 1981 *Myths of Male Dominance*. Monthly Review: New York
- John, Leavitt.** 1992 "Cultural Holism in the anthropology of South Asia: the challenge of regional traditions" EN *Sociology*; 26(1): mar-49.
- Leedy, Paul D.** 1993 *Practical research. Planning and design*. McMillan: New York
- Lefley y Johnson, Dale L.** (Ed.) 1990 *Families as Allies in Treatment of the Mentally III*. American Psychiatric Press: Washington, D.C.
- Lefley, Harriet P.** 1996 *Family Caregiving in Mental Illness*. Sage: Thousand Oaks, California
- Lefley, Harriet P. y al., et (Ed.)** 1994 *Helping Families Cope with Mental Illness*. Harwood Academic Publishers: New York.
- Leiter, K.** 1980 *A primer ethnomethodology*. Oxford U.P.: New York
- Lema Suárez, X.M.** 1977 *Bamiro, un estudio do hábitat rural galego*. Colexio Arquitectos: Coruña
- Lemert, Ch.** 1979 "De-centered analysis: ethnomethodology and structuralism" EN *Theory and society*; 7: 273-288.
- Lemert, Ch.** 1979 "Structuralism and ethnomethodology" EN *Theory and society*; 279-306.
- Lemert, Charles y Gillan, G.** 1982 *Michel Foucault: social theory and transgression*. Columbia U.P.: New York
- Lemert, E.** 1972 *Human Deviance, social problems and social control*. Prentice Hall: NJ
- Lemert, E.** 1951 *Social Pathology*. McGraw Hill: NY
- Lennan, Mac** 1865 *Primitive Marriage*
- Lentini, Javier** 1991 "Ritos funerarios toradja" EN *Confluencias*; V-2: 46-52.
- Lera, Ángel Mª** 1978 *Tierra para morir*. Plaza y Janes: Barcelona
- Lera, Ángel Mª** 1972 *Mi viaje alrededor de la locura*. Plaza y Janes: Barcelona
- Lera, Ángel Mª** 1966 *Hemos perdido el sol*. Aguilar: Madrid
- Lerner, Gerda** 1990 (1986) *La creación del patriarcado*. Crítica: Barcelona
- Lesky, E.** (Ed.) 1984 *Medicina social: estudios y testimonios históricos*. Ministerio Sanidad y Consumo: Madrid.
- Leslei, Charles M.** 1980 "Medical Pluralism in World Perspective" EN *Social science and medicine*; 14B: 191-5.
- Leslei, Charles M.** 1977 "Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Culture Systems". EN *Culture, disease and Healing. Studies in medical anthropology*, EDITADO POR David Landy, pp. 511-19. McMillan: New York.
- Leslei, Charles M.** (Ed.) 1972 *Asian Medical Systems. A Comparative Study*. California U.P.: Berkeley.
- Leslei, Charles M. y Young, Allan** (Ed.) 1992 *Paths to Asian medical knowledge*. California U.P.: Berkeley.
- Lete del Río, J.M.** 1984 "Pasado y presente de la tutela o guarda de menores o incapacitados" EN *Doctrina Jurídica*; 1/1/19005: 13.
- Levi-Strauss, Claude** 1984 (1962) *El pensamiento salvaje*. FCE: Mexico
- Levingston, Eric** 1987 *Making sense of ethnomethodology*. Routledge: New York
- Levison, D. J.: Gallagher, E.B.** 1971 (1964) *Sociología de la enfermedad mental*. Amorrortu: Buenos Aires
- Levison, D. J. y Gallagher, E. B.** 1964 *Patienthood in the mental hospital. An analysis of role, personality and social structure*. Boston
- Levy, Elizabeth y Miller, Mara** (Ed.) 1977 *Doctors For The People: Profiles of Six Who Serve*. Alfred A. Knopf: New York.
- Levy-Bruhl, Lucien** 1966 (1922) *Primitive Mentality*. Beacon Press: Boston
- Lewellen, Ted C.** 2000 (1983) *Introducción a la antropología política*. Bellaterra: Barcelona
- Lewis, Oscar y al., Et (Ed.)** 1972 *La cultura de la pobreza*. Anagrama: Barcelona.
- Liebllich, A., Tuval-Mashicach, Rivka y Zilber, Tamar** (Ed.) 1998 *Narrative reseach. Reading, analysis and interpretation*. Sage: London.
- Lightman, Alan y Gingerich, Owen** 1991 "When do anomalies begin?" EN *Science*; 255: 690-5.
- Lin, T. Y.** 1953 "A study of the incidence of mentl disorder in chinese and other cultures" EN *Psychiatry*; 16: 313-336.
- Linares, Juan L** 1982 *Ideología médica, sanidad y sociedad*. Akal: Madrid
- Linares, Juan L** 1976 *La historia clínica en el manicomio: el pasaporte de la locura*. Anagrama: Barcelona
- Linde, Charlotte** 1993 *Life stories. The creation of coherence*. Oxford U.P.: New York
- Linde, Paul R.** 2001 *Of spirits and madness. An American Psychiatrist in Africa*. McGraw-Hill: New York
- Lindenbaum, Shirley y Lock, Margaret** (Ed.) 1993 *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. California U.P.: Berkeley.
- Lindholm, Ch. y Lindholm, Ch.** 1981 "World's strangest" EN *Science Digest*..
- Link, Bruce G., Dohrenwend, Bruce P. y Skodol, Andrew E.** 1986 "Socioeconomic status and shizophrenia: noisome cocupational characteristics as a risk factor" EN *American Sociological Review*; 51: 242-258.
- Lis Quibén, Victor** 1980 *La medicina popular en galicia*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 2004 *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1990 *Demonios y exorcismos en los siglos de oro. La España mental I*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1990 *Endemoniados en Galicia hoy. La España mental II*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1989 "Las Españas de los españoles: reflexiones sobre dos metáforas". EN *Rota* 1989.
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1988 *Antropología social sin fronteras*. I.S.A.: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1985 *Antropología social y hermenéutica*. F.C.E.: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1983 (1979) *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia. Antropología cultural en Galicia 2*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1983 (1974) *Antropología cultural de Galicia*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1981 *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*. Akal: Madrid
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1980 "La sabia gallega". EN *La antropología médica en España*, EDITADO POR Michael Kenny and Jesús M. de Miguel. Anagrama: Barcelona.
- Lisón Tolosana, Carmelo** 1976 *Temas de antropología española*. Akal: Madrid
- Littlewood, Roland** 2002 *Pathologies of the West: an anthropology of mental illness in Europe and America*. Cornel-Sage: New York
- Littlewood, Roland** 2002 "Psychiatric's culture". EN *Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges*, EDITADO POR Vieda Skultans and John Cox, pp. 65. Jessica Kingsley P.: London.
- Littlewood, Roland** 1984 "The imitation of madness: the influence of psychopathology upon culture" EN *Society, Science and Medicine*; 19(7): 705-715.
- Litvak, A., Haviland, O. d., Stevens, M. and Genn, L.** 1948 *The Snake Pit*. Century Fox:
- Llamas Pombo, E.** 1988 *La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos*. Trivium: Madrid
- Llobera** 1975 *La antropología como ciencia*. Barcelona: Anagrama
- Lobo Antunes, António** 1998 *Livro de Crónicas*. Dom Quixote: Lisboa
- Lock, M.** 1985 "The impact of the Chinese medical model on Japan or, how the younger brother comes to age" EN *Soc. Sci. Med.*; 21(8): 945-950.
- Locker, D.** 1983 *Disability and Disadvantage: the consequences of Chronic Illness*. Tavistock: London
- Locker, D.** 1981 *Symptoms and Illness, the cognitive organisation of disorder*. Tavistock: London
- Lofland, John and Lyn Lofland** 1984 *Analysing social settings*. Wadsworth: California
- Logan, M.** 1978 "Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine". EN *Logan-Hunt 1978*, pp. 363 y ss.
- Logan, M. And E. Hunt Jr. Eds.** 1978 *Health and the human condition: perspectives on medical anthropology*. Duxburg P.: Massachusets

- Lois Asorey, B.** 1933 *El Manicomio de Conjo. Ante una arbitrariedad*. Imprenta Paredes: Santiago
- Lordá, Simón** 2005 *Locura, medicina y sociedad. Ourense (1875-1975)*. Fundación Cabaleiro Goás. Xunta de Galicia: Ourense
- Lordá, Simón y Ferrer i Balsebre, Luis** 1999 "Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959)" EN *Anales de Psiquiatría*; 15(5): 202-222.
- Lordá, Simón and González Fernández, Emilio** 2002 "Materiales para una historia de la psiquiatría en Galicia: Siglo XXI". www.psiquired.com/Colaboraciones/galicia.asp.
- Lorenzo Fernández, Xaquín** 1983 *A nosa señora de Viso*. Patronato Otero Pedrayo: Ourense
- Lorenzo Fernández, Xaquín** 1982 *A Casa*. Galaxia: Vigo
- Lorenzo Fernández, Xaquín** 1979 *Etnografía: cultura material*. Akal: Madrid
- Lorenzo Fernández, Xaquín** 1973 *Cantigueiro popular*. Galaxia: Vigo
- Lorenzo, Xaquín** 1927 "Medicina rústica (O tangaraño, O tirizó, Doores de costas). Contos (Bodas no ceo, O home e a cobra" EN *Nós*; 44: 12-13.
- Lorenzo, Xoaquín** 2004 *As Dornas do Porto do Són*. Concello do Porto do Son
- Loubser, J.J. (Ed.)** 1977 *Explorations in general theory in social science. Essays in honour of Talcott Parsons*. Free Press: New York
- Loudon, J.B.** 1976 *Social anthropology and Medicine*. Academic Press: New York
- Loudon, J.B.** 1966 "Religious Orden and Mental Disorder", EDITADO POR Banton 1966, pp. 69-96.
- Loudon, Joe** 1990 "Orden religioso y trastorno mental. Estudio de una comunidad rural del Sur de Gales". EN *Antropología social de las sociedades complejas*, EDITADO POR Eric R. Wolf, pp. 82-107. Alianza: Madrid.
- Loustaunau, Martha y Sobo, Elisa J.** 1997 *The cultural context of health, illness and medicine*. Bergin and Garvey: New York
- Loux, F.** 1983 *Traditions et soins aujourd'hui*. Interéditions: París
- Loux, F.** 1978 *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Flammarion: París
- Lovelance, David** 2008 *Scattershot. My bipolar family: A memory*. Dutton: New York
- Lowe, Donald M.** 1986 (1982) *Historia de la Percepción Burguesa*. F.C.E.: Mexico
- Lowie, Robert H** 1946 "Evolution and cultural anthropology" EN *American Anthropologist*; 48(2): 223-233.
- Lowie, Robert H.** 1962 (1927) *The origin of the state*. Russell and Russell: New York
- Lowie, Robert H.** 1929 *Are we civilized?*. Harbourt: New York
- Luca de Tena, Torcuato** 2000 (1979) *Los renglones torcidos de Dios*. Debolsillo: Barcelona
- Ludwig, Arnold M.** 1995 *The Price of Greatness: Resolving the Creativity and Madness Controversy*. Guilford Press: New York
- Luhmann, Niklas** 2007 (2000) *La religión de la sociedad*. Trotta: Madrid
- Luhmann, Niklas** 2007 (1997) *La sociedad de la sociedad*. Herder - Iberoamericana: Mexico
- Luhmann, Niklas** 2005 (1995) *El arte de la sociedad*. Herder, Iberoamericana: Madrid
- Luhmann, Niklas** 2002 *Theories of Distinction: Redescribing the Descriptions of Modernity (Cultural Memory in the Present)*. Stanford UP: New York
- Luhmann, Niklas** 2000 (1996) *La realidad de los medios de masas*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 2000 *The reality of the Mass Media (Cultural memory in the present)*. Standford UP: New York
- Luhmann, Niklas (Ed.)** 1999 *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "El arte como mundo". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 7-66. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "El conocimiento como construcción". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 67-90. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "El programa del conocimiento del constructivismo y la realidad que permanece desconocida". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 91-124. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 (1991) "¿Cómo se pueden observar las estructuras latentes?". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 125-136. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "La condición de la causalidad". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 137-146. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "Tradición y modernidad: las relaciones entre religión y ciencia". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 147-158. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "Religión y sociedad". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 159-166. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "La distinción: Dios". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 167-188. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "La cultura como concepto histórico". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 189-214. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas** 1999 "La sociología y el hombre". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 215-226. Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos: México.
- Luhmann, Niklas (Ed.)** 1998 *Complejidad y modernidad. De la unidad de la diferencia*. Trotta: Madrid.
- Luhmann, Niklas** 1998 (1992) "El concepto de sociedad". EN *Complejidad y modernidad. De la unidad a la diferencia*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 51-70. Trotta: Madrid.
- Luhmann, Niklas (Ed.)** 1998 *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "Los medios generalizados y el problema de la contingencia". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 7-76. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "Complejidad y democracia". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 77-94. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "Políticos, honestidad y alta moralidad de la política". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 95-108. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "Capitalismo y utopía". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 109-122. Univesidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "El estado de Bienestar: un problema teórico político". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 123-134. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "El enfoque sociológico de la teoría y la práctica del derecho". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 135-154. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "La validez del derecho". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 155-172. Univesidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 "La argumentación jurídica. Un análisis de su forma". EN *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 173-194. Universidad Iberoamericana: México.
- Luhmann, Niklas** 1998 *Love as Passion: The codification of Intimacy (Cultural memory of the present)*. Standford UP: New York
- Luhmann, Niklas** 1997 (1978) *Organización y desición. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona

- Luhmann, Niklas** (Ed.) 1997 *Hacia una teoría científica de la sociedad*. Revista Anthropos: Barcelona.
- Luhmann, Niklas** 1997 "La clausura operacional de los sistemas psíquicos y sociales". EN *El final de los grandes proyectos*, EDITADO POR H. R. Fischer, A. Retzer and J. Schweizer, pp. 114-127. Gedisa: Barcelona.
- Luhmann, Niklas** 1997 (1995) *Observaciones de la modernidad. Racionalidad y contingencia de la sociedad moderna*. Paidós: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1997 (1994) "Problemas con el cierre operativo" EN *Anthropos*; 173/174: 50-57.
- Luhmann, Niklas** 1996 (1973) *Confianza*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1996 (1990) *La ciencia de la sociedad*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1996 (1992) *Introducción a la teoría de los sistemas*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1996 *Teoría de la sociedad y pedagogía*. Paidós: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1996 *Social Systems (Writing science)*. Stanford UP: New York
- Luhmann, Niklas** 1995 (1975) *Poder*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1995 (1986) "La autopoiesis de los sistemas sociales" EN *Zona Abierta*; 70/71: 21-52.
- Luhmann, Niklas** 1995 (1989) "Individuo, Individualidad, individualismo" EN *Zona Abierta*; 70/71: 53-158.
- Luhmann, Niklas** 1995 *Studien zur Wissenssoziologie Gesellschaft. Band 4: Gesellschafts-struktur und Semantik*. Suhrkamp: Frankfurt
- Luhmann, Niklas** 1994 *Die Wirtschaft der Gesellschaft*. Suhrkamp: Frankfurt
- Luhmann, Niklas** 1993 (1981) *Teoría política en el Estado de Bienestar*. Alianza: Madrid
- Luhmann, Niklas** 1993 *Das Recht der Gesellschaft*. Suhrkamp: Frankfurt
- Luhmann, Niklas** 1993 *El sistema educativo (problemas de reflexión)*. Iberoamerica, Universidad Guadalajara: Guadalajara, México
- Luhmann, Niklas** 1993 *Teoría de la sociedad*. U. Iberoamericana; Itesco; U. Guadalajara: Guadalajara, México
- Luhmann, Niklas** 1992 (1991) *Sociología del riesgo*. Un.Iberoamericana/Un. Guadalajara: Guadalajara
- Luhmann, Niklas** 1992 "The concept of society" EN *Thesis eleven*; 1/1/19007: 0.
- Luhmann, Niklas** 1991 (1984) *Sistemas sociales. Lineamientos para una teoría general*. Alianza: Madrid
- Luhmann, Niklas** 1990 (1984) *Sociedad y sistema: la ambición de la teoría*. Paidós: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1990 (1984) *Sociedad y sistema: la ambición de la teoría (sistema y función. Cap I de Sistemas sociales)*. Paidós: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1990 *Sociologische Aufklärung-5. Konstruktivistische Perspektiven*. Westdeutscher Verlag: Opladen
- Luhmann, Niklas** 1990 "Der Medizinische Code". EN *Soziologische Aufklärung-5: Konstruktivistische Perspektiven*, EDITADO POR Niklas Luhmann. Westdeutscher Verlag: Opladen.
- Luhmann, Niklas** 1988 *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?*. Westdeutscher Verl.: Opladen
- Luhmann, Niklas** 1987 *Soziologische Aufklärung-4: Beiträge zur funktionalen Differenzierung des Gesellschaft*. Westdeutscher Verlag: Opladen
- Luhmann, Niklas** 1986 *Ökologische Kommunikation: Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?*. Westdeutscher Verlag: Opladen
- Luhmann, Niklas** 1986 "Was ist Kommunikation?" EN *Information Philosophie*; (2): 4-16.
- Luhmann, Niklas** 1986 "The individuality of the individual: Historical Meaning and Contemporary Problems". EN *Hellner-Wellbery* 1986.
- Luhmann, Niklas** 1985 (1982) *El amor como pasión. La codificación de la intimidad*. Península: Barcelona
- Luhmann, Niklas** 1985 "La teoría de la diferenciación social" EN *Revista de Occidente*; 47-75: 210-220.
- Luhmann, Niklas** 1983 (1974) *Sistema jurídico y dogmática jurídica*. Centro de Estudios Constitucionales: Madrid
- Luhmann, Niklas** 1983 (1968) *Fin y racionalidad de los sistemas*. Nacional: Madrid
- Luhmann, Niklas** 1983 "Anspruchsinflation im Krankheitssystem: Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht". EN *Die Anspruchsspirale*, EDITADO POR Philip Herder-Dorneich and Alexander Schuller, pp. 28-49. Stuttgart:.
- Luhmann, Niklas** 1983 "Medizin und Gesellschaftstheorie" EN *Medizin, Mensch, Gesellschaft*; 8: 168-175.
- Luhmann, Niklas** 1981 *Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Band II*. Suhrkamp: Frankfurt
- Luhmann, Niklas** 1981 *Soziologische Aufklärung-3: Soziales System, Gesellschaft, Organization*. Westdeutscher Verlag: Opladen
- Luhmann, Niklas** 1981 *Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Band 2*. Suhrkamp: Frankfurt
- Luhmann, Niklas** 1980 *Gesellschaftsstruktur und Semantik: Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Band 1*. Suhrkamp: Frankfurt
- Luhmann, Niklas** 1977 "Generalized media and the problem of contingency". EN *Explorations in general theory in social science. Essays in honour of Talcot Parsons*, EDITADO POR J.J. Loubser. Free Press: New York.
- Luhmann, Niklas** 1975 *Soziologische Aufklärung-2: Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft*. Westdeutscher Verlag: Opladen
- Luhmann, Niklas** 1974 *Soziologische Aufklärung-1: Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme*. Westdeutscher Verlag: Opladen
- Luhmann, Niklas** (Ed.) 1973 *Ilustración sociológica y otros ensayos*. Sur: Buenos Aires.
- Luhmann, Niklas** 1973 "Función y causalidad". EN *La ilustración sociológica y otros ensayos*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 9-47. Sur: Buenos Aires.
- Luhmann, Niklas** 1973 "Método funcional y teoría de sistemas". EN *La ilustración sociológica y otros ensayos*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 48-91. Sur: Buenos Aires.
- Luhmann, Niklas** 1973 "Ilustración sociológica". EN *La ilustración sociológica y otros ensayos*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 92-138. Sur: Buenos Aires.
- Luhmann, Niklas** 1973 "La sociología como teoría de sistemas sociales". EN *La ilustración sociológica y otros ensayos*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 139-183. Sur: Buenos Aires.
- Luhmann, Niklas, Baecker, Dirk y Stanitzek, Georg** (Ed.) 1987 *Archimedes und Wir: Interviews*. Merve Verlag: Berlín.
- Luhmann, Niklas y Habermas, Jürgen** (Ed.) 1971 *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Was leistet die Systemforschung?* Suhrkamp: Frankfurt.
- Luhmann, T.M.** 2000 *Of 2 Minds. The growing disorder in American Psychiatry*. Knopf: New York
- Lulle, Thierry, Vagas, Pilar y Zumudio, Lucero** (Ed.) 1998 *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales. 2 Vols*. Anthropos: Barcelona.
- Lunbeck, Elisabeth** 1995 *The psychiatric persuasion*. Princeton UP: New York
- Lupton, Deborah** 1994 *Medicine as culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Sage: London
- Lutz, Catherine** 1988 *Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a micronesian Atoll and their Challenge to Western Theory*. Chicago U.P.: Chicago
- Lyden, Jacki** 1999 (1997) *Daughter of the Queen of Sheba*. Houghton Mifflin: New York
- Lyman, K.** 1993 *Day In, Day Out with Alzheimer's: Stress in Caregiving Relationships*. Temple U.P.: Philadelphia
- Lynch, Michael** 1993 *Scientific Practice and Ordinary Action. Ethnomethodology and Ordinary Action*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Lynd, R.S. y Lynd, H.** (Ed.) 1929 *Middletown: a study in contemporary american culture*. Harcourt Brace: New York.
- Lyon, Margot L.** 1995 "Missing Emotions: The Limitations of Cultural Constructionism in the Study of Emotion" EN *Cultural Anthropology*; 10(2): 244-263.

- Lyon, Margot L.** 1990 "Order and Healing: The concept of Order and its importance in the conceptualization of Healing" *EN Medical Anthropology*; 12: 249-268.
- Lyotard, Jena Francois** 1984 (1979) *The postmodern condition: A Report on Knowledge*. Minnesota U.P.: Minneapolis
- Lázaro, José y Bujosa, Francesc** (Ed.) 2000 *Historiografía de la psiquiatría española*. Triacastela: Madrid.
- Lévi-Strauss, Claude** 1987 (1978) *Mito y Significado*. Alianza: Madrid
- Lévi-Strauss, Claude** 1987 (1973) *Antropología estructural: Mito, sociedad, humanidades*. Siglo XXI: Mexico
- Lévi-Strauss, Claude** 1984 (1962) *El totemismo en la actualidad*
- Lévi-Strauss, Claude** 1983 (1949) *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós: México
- Lévi-Strauss, Claude** 1983 "Naturaleza y cultura". *EN Levi-Strauss 1983a*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1973 (1964) *Mitológicas I: Lo crudo y lo cocido*. F.C.E.: México
- Lévi-Strauss, Claude** 1973 "Historia y etnología". *EN Levi-Strauss 1973*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1973 "El análisis estructural de la lingüística y la antropología". *EN Levi-Strauss 1973*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1973 "La noción de estructura en etnología". *EN Levi-Strauss 1973a*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1973 (1958-1973) *Antropología estructural*. Eudeba: Buenos Aires
- Lévi-Strauss, Claude** 1955 "La estructura de los mitos". *EN Levi-Strauss 1973*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1950 "Introducción". *EN Mauss 1971*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1949 "La eficacia simbólica". *EN Levi-Strauss 1973*.
- Lévi-Strauss, Claude** 1949 "El hechicero y su magia". *EN Levi-Strauss 1973*.
- Lévi-Strauss, Claude, Spiro, Melford E. y Goughg** (Ed.) 1980 *Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia*. Anagrama: Barcelona.
- Lóizaga, Patricio** (Ed.) 1996 *Diccionario de pensadores contemporáneos*. Emecé: Barcelona.
- López Aranguren, E.** 1994 "El análisis de contenido". *EN Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Manuel García Ferrando and Jesús Ibañez. Alianza: Madrid.
- López Barja de Quiroga, J.** 1984 "El internamiento de los enajenados" *EN Poder Judicial*; 4,49-67.
- López Bolado, J.** 1987 (1981) *Los médicos y el código penal*. Universidad: Buenos Aires
- López de la Vega, J.** 1864 "El manicomio de Santiago" *EN El siglo médico*; 11.
- López Facal, Xan** 2003 "Tres desafíos para un país : Galicia : economía, demografía y política" *EN Tempos novos*;: 70-73.
- López Ibor Aliño, J.J.** 1976 "Cuestiones médico legales". *EN Vallejo Nagera 1976*, pp. 463-480.
- López Martínez, José Humberto** 2001 (2000) *Estructura Económica*. UNED: Madrid
- López Martínez, José Humberto** 2001 (1998) *La economía española*. UNED: Madrid
- López Miguez, Jesús** 1992 *Historia del santuario de San Campio de Entirs o "da Serra" en la Parroquia de San Ourente y Novena del Santo*. Parroquia Orente de Entís: Serra de Outes
- López Otero, María Luisa** 2003 *O Mar do Barbanza : etnografía do mar (costa de Rianxo a Corrubedo)*. Diputación Coruña: A Coruña
- López Pintor, R.** 1994 "El análisis de datos de la encuesta". *EN Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Manuel García Ferrando and Jesús Ibañez, pp. 437-490. Alianza: Madrid.
- López Piñeiro, José María.** 1990 *Historia de la medicina*. Historia 16: Madrid
- López Saco, Xulio O.** 1993 "As perturbacións psicosomáticas na antigüidade clásica. A loucura e o seu vencellamento co asesinato e o suicidio". *EN Historia Nova I. Contribucións dos xóvenes investigadores de Galicia*, EDITADO POR AA. VV., pp. 77-128. Asociación Galega Historiadores, Tórculo: Santiago de Compostela.
- López Souto, África** 2008 *Simon de Beavoir*. BAia Edicións: Coruña
- López Souto, África** 2004 *Concepción Arenal*. BAia Edicións: Coruña
- López Suevos, Ramón** 1977 *Excedente económico e análisis estructural*. Galaxia: Vigo
- López Sáiz, Ignacio y Codon, J.M.** (Ed.) 1954 *Psiquiatría jurídica, penal y civil*. Imprenta de Alcovendas: Burgos.
- López Taboada, J.A.** 1995 "Contexto socio-económico da espiritada de Gonzar 1800-1850". *EN Gondar 1995a*, pp. 63-76.
- López, Ángeles** 2003 *Trastorno afectivo bipolar. La enfermedad de las emociones*. Prólogo de J.L. Arsuaga. Introducción de G. Cabrera Infante. Epílogo de J.J. López-Ibor Aliño. EDAF: Madrid
- López-Facal, X., Soto, Luis y Nogueira, Camilo** (Ed.) 1982 *O poder industrial en Galicia*. Vigo: Xerais.
- López-Ibor, J. y López-Ibor Aliño, J. J.** (Ed.) 2005 *Imágenes de la psiquiatría española*. Glosa: Madrid.
- MacDonald Ladell, R.** 1950 *A Dictionary of Psychological Terms*. Psychologist Magazine: London
- Macintyre, S.** 1986 "The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research" *EN Social Science and Medicine*; 23(4393-415).
- Macionis, John J. y Plumer, Ken** (Ed.) 2003 *Sociología*. Prentice Hall: Madrid.
- Macià Antón, Diego** 1995 *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Pirámide: Madrid
- MacLeod, Martha** 1993 "On knowing the patient: experiences of nurses undertaking care". *EN Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 179-197. Routledge: London.
- Madsen, David** 1983 *Successful Dissertations and Thesis*. Jossey-Bass: San Francisco
- Maestre Alfonso, Juan** 1976 *Testimonio de un rebelde*. Cuadernos para el diálogo: Madrid
- Maffesoli, Michel** 1990 *El conocimiento ordinario. Compendio de Sociología*. FCE: Madrid
- Mageo, Jannette Marie** 1995 "The Reconfiguring Self" *EN American Anthropologist*; 97(2): 282-296.
- Maine, Henry S.** 1861 *Ancient Law*
- Mairs, N.** 1986 *Paintext Essays*. Arizona U.P.: Tuston
- Maiz, Ramón** (Ed.) 1987 *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*. Universidad Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.
- Maiz, Ramón** 1987 "Sujección/Subjetivación: analítica del poder y genealogía del individuo moderno en Michel Foucault". *EN Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*, EDITADO POR Ramón Maiz. Universidad Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.
- Malaurie, Jean** 1982 (1976) *The Last Kings of Thule. With the polar Eskimos, as they face their destiny*. Chicago U.P.: Chicago
- Malinowski, Bronislaw** 1994 *Magia, ciencia y religión*. Ariel: Barcelona
- Malinowski, Bronislaw** 1984 (1944) *Una teoría científica de la cultura*. Sarpe: Barcelona
- Malinowski, Bronislaw** 1974 (1922) *Los Argonautas del Pacífico occidental. Un estudio sobre comercio y aventura entre los indígenas de los archipiélagos de la Nueva Guinea melanésica*. Península: Barcelona
- Malinowski, Bronislaw** 1967 *A Diary in the strict sense of the term*. Harcourt, Brace and World: New York
- Malinowski, Bronislaw** 1961 (1922) *Argonauts of the Western Pacific*. Dutton: New York
- Malinowski, Bronislaw** 1944 *A scientific theory of culture and others essays*. U. North Carolina P.
- Mallart, Luis** 1977 *Médecine et pharmacopée Evuzok*. Intitut d'Ethnologie: París
- Mallo, Albino** 1992 *La otra medicina en Galicia*. O Correo Galego: Vigo
- Malzberg, B.** 1940 *Social and Biological Aspects of Mental Illness*. State Univer. P.: New York
- Mandolini Guardo, R.G.** 1982 *Historia general del psicoanálisis: de Freud a Fromm*. Giorda: BBAA
- Mangold, G.B.** 1932 *Social Pathology*. Macmillan: NY
- Manis, J. y Meltzer, J.D.** (Ed.) 1972 *Symbolic Interaction*. Allyn and Bacon: Boston.

- Mannheim, Karl** 1984 *La sociedad en la época de crisis*. Pleyade: Barcelona
- Manning, Martha** 1995 *Undercurrents. A life beneath the surface*. Harper: San Francisco
- Mannoni, Maud** 1992 *El síntoma y el saber*. Gedisa: Barcelona
- Mannoni, Maud** 1987 *El niño, su enfermedad y los otros*. Nueva Visión: BBAA
- Mannoni, Maud** 1982 *La primera entrevista con el psicoanalista*. Gedisa: Barcelona
- Mannoni, Maud** 1976 (1970) *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*. Siglo XXI: Madrid
- Maquieira D'Angelo, V. y al., Et** (Ed.) 1989 *Mujeres y hombre en la formación del pensamiento occidental 2 Vols*. Inst. Univ. Estudios de la mujer: U. Madrid.
- Marcus, G.E. y Fischer, M.M.J.** 1986 *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago U.P.: Chicago
- Marcus, George E. y Cushman, D.** 1982 "Ethnographies as Texts" EN *Annual Review of Anthropology*; 11: 25-69.
- Marcus, Laura** 1995 "Autobiography and the politics of identity" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 41-45.
- Marcuse, Herbert** 1985 (1954) *El hombre Unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad avanzada*. Orbis: Barcelona
- Marcuse, Herbert and Popper, Karl** 1967 "Revolución o reforma (entrevista)". EN *A la búsqueda del sentido*, EDITADO POR Herbert Marcuse, Karl Popper and Max Horheimer.
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 2000 *Antropología de Galicia*. Xerais: Vigo
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1992 "A etnomedicina en Galicia". EN *Espirados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 67-90. Laiovento: Santiago.
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1989 *La clave de la astrología*. Teorema: Barcelona
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1988 *La medicina mágica (Hipócrates)*. Xerais: Vigo
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1987 *Las romerías / peregrinaciones y sus símbolos*. Xerais: Vigo
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1986 *La medicina popular interpretada II*. Xerais: Vigo
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1986 *Autobiografía dun labrego*. Xerais: Vigo
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1985 *La medicina popular interpretada I*. Xerais: Vigo
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1985 *Cultura Popular*. Museo Pobo Galego: Santiago
- Mariño Ferro, Xosé Ramón** 1984 *Satán, sus siervas las brujas y la religión del Mal*. Xerais: Vigo
- Mariño Paz, Ramon** 1999 *Historia da lingua galega*. Sotelo Blanco: Santiago
- Marquina Espinosa, Aurora** (Ed.) 2004 *El ayer y el hoy: Lecturas de antropología política. Volumen I: Hacia el futuro*. UNED: Madrid.
- Marquina Espinosa, Aurora** (Ed.) 2004 *El ayer y el hoy: Lecturas de antropología política. Volumen II: El futuro*. UNED: Madrid.
- Marsal, Juan F** 1980 *Conocer a Max Weber y su obra*. Conocer
- Marsal, Juan F** 1972 "El caso de J.S. Y la emigración argentina". EN *Hacer la América. Biografía de un emigrante*, EDITADO POR Juan F. Marsal, pp. 321-336. Ariel: Barcelona.
- Marsal, Juan F.** 1977 *La crisis de la sociología norteamericana*. Península: Barcelona
- Marsal, Juan F.** 1972 *Hacer la América. Biografía de un emigrante*. Ariel: Barcelona
- Marsella, A. y al., Et** 1985 *Culture and self: Asian and Western perspectives*. Tavistock: London
- Marsella, A. y White, G.** (Ed.) 1984 *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. D.Reidel Publishing Company: Dordrecht.
- Marsh, Diane T.** 1998 *Serious Mental Illness and the Family: The Practitioner's Guide*. John Wiley: New York
- Marsh, Diane T. y Dickens, Rex** 1997 *How to Cope with Mental Illness in Your Family: A Self-Care Guide for Siblings, Offspring, and Parents*. Jeremy P. Tarcher /Putnam: New York
- Marsh, Diane T. y Dickens, Rex** 1997 *Troubled Journey. Coming to terms with the Mental Illness of a Sibling or Parent*. Putman: New York
- Martin, Emily** 2007 *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton U. P: NY
- Martino, De E.** 1983 (1958) *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria*. Paolo Boringhieri: Turín
- Martino, De E.** 1983 (1959) *Sud e magia*. Fertonelli: Milán
- Martino, De E.** 1968 (1961) *Terre du remords*. Gallimard: París
- Martino, De E.** 1965 *Magia y civilización*. El ateneo: Buenos Aires
- Martí Tusquets, J.L. y Murcia Grau, M.J.** 1988 *Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e investigación*. Anthropos: Barcelona
- Martí Tusquets, José Luis** 1999 *El descubrimiento científico de la salud*. Anthropos: Barcelona
- Martín Carrasco, Manuel** 1994 *Benito Menni y la asistencia siquidátrica en el siglo XIX*. Monte Carmelo: Burgos
- Martín Grañizo, M.** 1987 *La incapacitación y figuras afines*. Codex: Madrid
- Martín-Barbero, Jesús** 1987 *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía*. G.Gili: Barcelona
- Martín-Ibañez, Felix** (Ed.) 1960 *Henry E. Sigerist on the history of medicine*. MD Publications: New York.
- Martínez Hernández, Ángel** 2008 *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos: Barcelona
- Martínez Hernández, Ángel** 2000 *What's behind the Symptom. On Psychiatric observation and Anthropological Understanding*. Harwood Academic Publishers: Amsterdam
- Martínez Hernández, Ángel** 2000 "Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura". EN *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la cultura*, EDITADO POR Enrique Perdiguer and Josep M. Comelles, pp. 249-276. Bellaterra: Barcelona.
- Martínez Hernández, Ángel** 2000 *What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Harwood Academic Publishers: Amsterdam
- Martínez Hernández, Ángel** 1998 *¿Has visto como llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. PUB: Barcelona
- Martínez Hernández, Ángel** 1998 "Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones" EN *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*; XVIII(68): 645-659.
- Martínez Hernández, Ángel** 1996 "Antropología de la salud. Una aproximación genealógica". EN *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, EDITADO POR Joan Prat and Ángel Martínez Hernández, pp. 369-381. Ariel: Barcelona.
- Martínez Hernández, Ángel** 1993 "Veinte años de antropología de la medicina en España". EN *Antropología de la salud y de la medicina. Volumen II de las actas del VI congreso de Antropología*, EDITADO POR Oriol Romaní and Josep M. Comelles, pp. 13-33 Tenerife.
- Martínez Veiga, Ubaldo** 1989 *El Otro desempleo. La economía sumergida*. Anthropos: Barcelona
- Maruyama, Magoroh** 1996 "Dime como piensas: ¿Qué factores determinan a visión do mundo dunha cultura a outra?" EN *Correo Unesco*; Marzo: 31-35.
- Marx, Karl** 1998 (1932) *Manuscritos de economía y filosofía*. Alianza: Madrid
- Marx, Karl** 1998 (1867) *El capital*. Akal: Madrid
- Marx, Karl** 1980 (1859) *Contribución a la crítica de la economía política*. FCE: México
- Marx, Karl** 1976 (1857-8) *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política*. Siglo XXI: Madrid
- Marx, Karl y Engels, F.** 1998 (1848) *O manifiesto comunista*. Xerais: Vigo
- Marx, Karl y Engels, F.** 1975 (1848) *Manifiesto comunista*. Ayuso: Madrid
- Marx, Karl y Engels, F.** 1970 (1845) *La ideología alemana*. Grijalbo: Barcelona
- Marías, Julián** 1977 (1952) *El tema del hombre*. Austral: Madrid
- Mateo Díaz** 1986 "El internamiento de los enfermos o deficientes psíquicos" EN *A.C. N° 25*;

- Mateos Alvarez, Raimundo y Rodríguez López, Antonio** (Ed.) 1989 *Estudio de Epidemiología psiquiátrica en la comunidad gallega*. Xunta de Galicia: Santiago.
- Mattelart, A.M.** 1987 *Pensar sobre los medios, comunicación y crítica social*. Fundesco: Madrid
- Matthews, Keith** 2006 "Foreword". EN *Life after darkness. A doctor's journey through severe depression*, EDITADO POR Cathy Wield, pp. v-x. Radcliffe: Oxford.
- Mattingly, Cheryl** 1998 *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Mattingly, Cheryl y Garro, Linda C.** (Ed.) 2000 *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. California U.P.: Berkley.
- Maturana, Humberto R.** 1995 *La realidad: ¿objetiva o construida? I. Los fundamentos biológicos de la realidad*. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona
- Matza, David** 1981 (1969) *El proceso de desviación*. Taurus: Madrid
- Matza, David** 1969 *Becoming a deviant*. Prentice Hall: NJ
- Maurer, Harry** 1994 *Sex: An Oral History*. Hodder and Stoughton: London
- Mauss, Marcel** 2004 (1924) "Ensayo sobre el don.". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu, pp. 159-193. UNED: Madrid.
- Mauss, Marcel** 1971 *Sociología y antropología*. Tecnos: Madrid
- Mauss, Marcel** 1970 *Lo sabrado y lo profano. Obras I*. Seix-Barral: Barcelona
- Mauss, Marcel** 1970 "El rito". EN *Lo sabrado y lo profano. Obras I*, EDITADO POR Marcel Mauss. Seix Barral: Barcelona.
- Mauss, Marcel** 1954 (1924) *The gift*. Free Press: New York
- Mauss, Marcel and Hubert, H** 1970 "Esbozo de una teoría general de la magia". EN *Lo sabrado y lo profano. Obras I*, EDITADO POR Marcel Mauss. Seix Barral: Barcelona.
- Maza, Elena** 1999 *Pobreza y Beneficencia en la España contemporánea (1808-1939)*. Ariel: Barcelona
- McCall, M.M. and Wittner, J.** 1990 "The good news about Life History". EN *Symbolic Interaction and Cultural Studies*, EDITADO POR Howard S. Becker and M.M. McCall, pp. 46 y ss. Chicago U.P.: Chicago.
- McCourt Perring, Christine** 1994 "Community care as de-institutionalization? Continuity and Change in the transition from hospital to community based care". EN *Wright 1994*, pp. 168-180.
- McDonald, Sue** 1994 "Acupuncture pushes into mainstream" EN *Bellingham Herard*; 21/11/1994.
- McGuire, Michel y Troisi, Alfonso** 1998 *Darwinian Psychiatry*. Oxford U.P.: New York
- McKinley, J.B.** (Ed.) 1984 *Issues in the political economy of health care*. Tavistock: New York.
- McPhail, C. y Rexroat, C.** 1979 "Mead vs. Blumer: The Divergent Methodological Perspectives of Social Behaviorism and Social Interactionism" EN *American Sociological Review*; 44: 449-467.
- McQueen, David V.** 1985 "China's Impact on American medicine in the seventies: a limited and preliminary inquiry" EN *Social science and medicine*; 21,8,: 931-36.
- Mead, George H.** 1972 (1934) *Espíritu, Persona y Sociedad. Desde un punto de vista del conductismo social*. Paidós: Buenos Aires
- Mead, Margaret** (Ed.) 1965 *An anthropologist at work: writing of Ruth Benedict*. .
- Mead, Margaret** 1955 *Cultural patterns and technological change*. New American Library: New York
- Mead, Margaret** 1935 *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Morrow: New York
- Mead, Margaret** 1930 *Growing Up in New Guinea*. Morrow: New York
- Mead, Margaret** 1928 *Coming of Age in Samoa*. Morrow: New York
- Mechanic, D.** 1960 "The concept of illness Behavior" EN *J. of Chronic Illness*; 15: 189-194.
- Medem, J. and Hernández, I.** 2006 *1% Esquizofrenia. Una película documental*. Cameo: Barcelona.
- Mediavilla, J.L.** 1990 *Conxo, siempre el primer día*. Fundación Dolores Medio: Gijón
- Mediavilla, J.L.** 1990 *Conxo, siempre el primer día. Aproximación al ideario del profesor Villamil*. Fundación Dolores Medio: Gijón
- Mediavilla, José Luis** 2004 *Conxo, siempre el primer día (Villamil y Conxo)*. KRK: Oviedo
- Megill, A.** 1979 "Foucault structuralism and the end of history" EN *Journal of modern history*; 51: 451-503.
- Mehan, H. y Wood, H.** 1975 *The reality of ethnomethodology*. Wiley: New York
- Mellor, Philip A. y Shilling, C.** 1993 "Self, Modernity and the Sequestration of death" EN *Sociology*; 1/1/19003.
- Melotti, Umberto** 1981 (1979) *El hombre entre la naturaleza y la cultura. La dialéctica de los orígenes*. Península: Barcelona
- Meltzoff, Sarah Keene y Lipuma, Edward** 1986 "The troubled seas of Spanish fishermen: marine policy and the economy of change" EN *American Ethnologist*; 13(681): 699.
- Melville, M.B.** 1978 "Mexican women adapt to migration" EN *International Migration Rew.*; 12,2,225ss.
- Mena Álvarez, J.M.** 1983 "Sobre la inconstitucionalidad del internamiento psiquiátrico". EN AA.VV 1983, pp. 469-499.
- Mendelsohn, Everett** (Ed.) 1977 *The social production of scientific knowledge*. Reidel: Boston.
- Mengual i Lull, J.B.** 1987 "Aspectos psiquiátricos". EN *Colomer 1987*, pp. 253.
- Menéndez, E.L.** 2002 *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra: Barcelona
- Menéndez, E.L.** 1997 "Estructura social y estructura del significado: el punto de vista del autor". EN AA. VV. 1997, pp. 281-306.
- Menéndez, E.L.** 1991 *La antropología del alcoholismo en México*. Ciesan: México
- Menéndez, E.L.** 1990 *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Mexicana: México
- Menéndez, E.L.** 1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ediciones de la Casa Chata: México
- Menéndez, E.L.** 1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en el Yucatán*. Ediciones de la casa chata: México
- Menéndez, E.L.** 1978 "El modelo médico y la salud de los trabajadores". EN *La salud de los trabajadores*, EDITADO POR Franco Basaglia. Bueva Imagen: Mexico.
- Menéndez, E.L.** 1992 "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo" EN *Cuadernos Médico-Sociales (Rosario, RA)*; 59: 3-18.
- Mercadé, Francesc** 1986 "Metodología cualitativa e historias de vida" EN *Revista Internacional de Sociología*; 44(3): 295-319.
- Merleau-Ponty, Maurice** 1971 (1969) *La prosa del mundo*. Taurus: Madrid
- Merton, R.K.** 1980 *Ambivalencia sociológica y otros ensayos*. Espasa Calpe: Madrid
- Merton, R.K.** 1972 (1965) *Teoría y estructura sociales*. F.C.E.: Madrid
- Merton, R.K.** 1968 *Social Theory and Social Structure*. Free P.: New York
- Merton, Robert K.** 1938 "Social structure and anomie" EN *American Sociological Review*; 3: 672-682.
- Mezzich, Juan E., Kleinman, Arthur, Fabrega, Horacio and Parron, Dolores L.** 1996 "Introduction". EN *Culture and Psychiatric Diagnosis: a DSM-IV Perspective*, EDITADO POR Juan E. Mezzich, Arthur Kleinman, Horacio Fabrega and Et al., pp. xvii-xxiii. American Psychiatric Press: Washington.
- Micale, Mark S.** 1994 *Approaching hysteria. Disease and its interpretations*. Princenton UP: New York
- Michels, Robert** 1972 *Los partidos políticos: un estudio sociológico de las tendencias oligárquicas de la democracia moderna*. Amorrortu: Buenos Aires
- Micklin, M. y León, C.A.** 1976 "Perceptions of the distributions of Mental Disorder in a South American City: Some Neglected Aspects of the Sociology of Mental Disorders" EN *Sociology of Work and Occupations*; 3(3): 273-302.
- Miguel Nimo, C.** 2007 *Informe del prácticum. Informe Pro Saúde Mental "A Creba"*. Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral en Noia (A Coruña).

- Miguel, A. de** 1973 "Psiquiatría y sociedad: el lugar del psiquiatra y de la enfermedad mental en la estructura social" EN *Papers Rev. Sociología*; 1: 11-36.
- Miguel, Jesús M. de** 1996 *Auto/biografías*. CSIS: Madrid
- Miguel, Jesús M. de** 1983 *Estructura del sector sanitario español*. Tecnos: Madrid
- Miguel, Jesús M. de** 1980 "Introducción al campo de la antropología médica". EN *La antropología médica en España*, EDITADO POR Michael Kenny and Jesús M. de Miguel, pp. 11-40. Anagrama: Barcelona.
- Miguel, Jesús M. de** 1978 *Sociología de la medicina*. Vicens-Vives: Barcelona
- Miguel, Jesús M. de** 1979 *El mito de la inmaculada concepción*. Anagrama: Barcelona
- Miguel, Jesús M. de y Moyer, Melissa G.** 1988 *La cárcel de las palabras*. Desclée De Broouwer: Bilbao
- Miguel, Jesús M. de y Rodríguez, Josep A.** 1990 *Salud y poder*. CSIS: Madrid
- Fund, Milbank Memorial** 1950 *Epidemiological of Mental Illness*. Milbank M.F.: New York
- Miles, Agnes** 1981 *The mentally ill in contemporary societies*. Robertson: Oxford
- Miller, James** 1994 *The passion of Michel Foucault*. Anchor: New York
- Miller, Kent S. y Radelet, Michael L.** 1993 *Executing the Mentally Ill: The Criminal Justice System and the Case of Alvin Ford*. Sage: New York
- Miller, P. y Rose, R.** (Ed.) 1986 *The power of psychiatry*. Cambridge P.P.: Cambridge.
- Millet, Kate** 1990 *The Looney-Bin Trip*. Simon and Schuster: New York
- Millon, Th.** 1976 *Psicopatología moderna. Enfoque bio-social de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Salvat: Barcelona
- Mir Puig, S.** 1990 *Derecho penal*. Civitas: Madrid
- Miranda Aranda, Miguel** 2003 *Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo social. De cómo la caridad y la filantropía se hicieron científicas* UNIVERSIDAD Rovira i Virgili.
- Miranda, María Jesús** 1989 "Bentham en España". EN *El Panóptico*, EDITADO POR Jeremias Bentham, pp. 129-145. La Piqueta: Madrid.
- Mischel, T.** 1977 *The self: psychological and philosophical issues*. Blackwell: Oxford
- Mishler, E.G. y al., Et** (Ed.) 1981 *Social Contexts of Health, Illness and Patient Care*. Cambridge U. P.: Cambridge.
- Mitz, S. W.** 1985 *Sweetness and Power: the place of sugar in Modern History*. Viking: New York
- Mitzman, Arthur** 1976 (1969) *La jaula de hierro: una interpretación histórica de Max Weber*. Alianza: Madrid
- Mochón, Francisco** (Ed.) 2000 *Economía. Teoría y política*. McGraw-Hill: Madrid.
- Modena, M.E.** 1990 *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*. Editores de la casa chata: Médico
- Moeller, Hans-Georg** 2006 *Luhmann Explained. Form Souls to Systems*. Open Court: Illinois
- Moerman, D.** 1979 "Anthropology of symbolic healing" EN *Current anthropology*; 20: 59-66, 75.
- Mofat** 1974 *Psicoterapia del oprimido*. Librería Ecro: Buenos Aires
- Mondimore, Francis Mark** 1999 *Bipolar disorder. A guide for patients and families*. Johns Hopkins U.P.: Maryland
- Monod, Jacques** 1971 (1970) *El azar y la necesidad. Ensayo sobre la filosofía natural de la biología moderna*. Barral: Barcelona
- Monte, Tom** 1993 *World Medicine. The East West guide to healing your body*. Tarcher/Perigee: New York
- Monteagudo, Henrique** 1999 *Historia social da língua galega : idioma, sociedade e cultura a través do tempo*. Galaxia: Vigo
- Montero Gómez, Manuel** (Ed.) 1990 *Xornadas sobre a reforma psiquiátrica. Situación actual, tendencias e alternativas*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- Montes del Castillo, A.** (Ed.) 1999 *Antropología de la pesca : debates en el Mediterráneo*. U. Murcia: Murcia.
- Montoya, Jose** 1976 *Extructuras extrahospitalarias actuales. Jornadas Asis. Psiquiátrica*. Valladolid
- Moor, Lise** 1969 *Glosario de términos psiquiátricos*. Masson: Barcelona
- Moore, Henrietta L.** 1991 *Antropología y Feminismo*. Cátedra: Madrid
- Moore, K.** 1975 "The city as context: context as process" EN *Urban Anthropology*; 4,1,17-25.
- Mora, Enric y al., Et** (Ed.) 1982 *Salud, poder y locura. Una aproximación teórico práctica de asistencia de Salud Mental a través de una experiencia de barrio*. Fundamentos: Madrid.
- Moreno Feliu, Paz y al., Et** 1987 *Traballos comunais no mundo rural*. Boletín Auriense: Ourense
- Moreno Feliú, Paz** (Ed.) 2004 *Introducción al estudio de la antropología económica*. UNED Addenda: Madrid.
- Moreno Feliú, Paz** (Ed.) 2004 *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*. UNED: Madrid.
- Moreno, Isidoro** 1991 "Identidades y Rituales". EN *Prat y Martínez* 1991, pp. 601-636.
- Morey, Michel** 1987 "Erase una vez... Michel Foucault y el problema del sentido de la historia". EN *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*, EDITADO POR Ramón Maiz. Universidad Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.
- Morey, Michel** 1983 *Lectura de Foucault*. Taurus: Madrid
- Morgan** 1877 *Anciant society*
- Morgan, Lynn M.** 1990 "The medicalization of anthropology: a critical perspective on the critical clinical debate" EN *Social Science and Medicine*; 30(9): 945-950.
- Morin, Edgard** 2004 (1995) "Epistemología de la complejidad". EN *El ayer y el hoy: Lectura de antropología política. Volumen II: El futuro*, EDITADO POR Aurora Marquina Espinosa, pp. 375-396. UNED: Madrid.
- Morin, Edgard** 1997 "El problema conocimiento del conocimiento". EN *El final de los grandes proyectos*, EDITADO POR H. R. Fischer, A. Retzer and J. Schweizer, pp. 98-106. Gedisa: Barcelona.
- Morin, Edgard** 1995 (1984) *Sociología*. Tecnos: Madrid
- Morin, Edgard** 1992 (1991) *El método. IV: Las ideas. Su hábitar, su vida, sus constumbres, su organización*. Cátedra: Madrid
- Morin, Edgard** 1992 (1991) *El método IV: Las ideas. Su hábitar, su vida, sus construmbres, su organización*. Cátedra: Madrid
- Morin, Edgard** 1988 (1986) *El método. III: El conocimiento del conocimiento. Libro I: Antropología del conocimiento*. Cátedra: Madrid
- Morin, Edgard** 1988 (1986) *El método III: El conocimiento del conocimiento. Libro I: antropología del conocimiento*. Cátedra: Madrid
- Morin, Edgard** 1974 (1973) *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Kairós: Barcelona
- Morin, Françoise** 1991 "Didáctica de antropología e historias de vida". EN *Mariñas-Santamaría* 1991, pp. 81-107.
- Morin, Françoise** 1993 "Didácticas antropología e historias de vida". EN *La historia oral. Métodos y Experiencia*, EDITADO POR C. Santamarina and José Miguel Marina, pp. 81-107. Debate: Madrid.
- Morley, P. y Wallis, R.** (Ed.) 1978 *Culture and Curing*. P.Owen: Lodon.
- Morris, Brian** 1995 (1987) *Introducción al estudio antropológico de la religión*. Paidós: Barcelona
- Morris, Brian** 1994 *Anthropology and the self: the individual in cultural perspective*. Pluto Press: London
- Morris, M. y Patton, P.** (Ed.) 1979 *M. Foucault: power, truth, strategy*. Feral: Sydney.
- Morrissey, James A.** 1983 "Migration, Resettlement and Refugeeism: Issues in Medical Anthropolgy" EN *Medical Anthropology Quaterly*; 15(1): 3,11-14.
- Morsy, S.** 1990 "Political economy in Medical anthropology". EN *Johnson-Sargent* 1990, pp. 26-46.
- Morsy, Soheir A.** 1981 "Towards a politacl economy of health: a critical note on the medical anthropology of Middle East" EN *Social Science and Medicine*; 15(B): 159-163.
- Mullauer-Seichter, Traude** 2003 *Historia de la antropología social*. UNED: Madrid
- Murado, Miguel-Anxo** 2008 *Otra idea de Galicia*. Debate: Barcelona
- Murdock, G. P.** 1949 *Social Structure*. Free Press: New York

- Murdock, George P. y al., Et** 1978 "World Distribution of Theories of Illness" EN *Ethnology*; 17: 449-70.
- Murdock, George Peter** 1980 *Theories of illness. A world survey*. Pittsburg: Pittsburgh U.P.
- Murguía, Manuel** 1933 (1901) *Historia de Galicia*. Centro Gallego: Buenos Aires
- Murillo, Francisco** 1983 *nforme sociológico sobre el cambio social en España, 1975/1983: 1975-1983*. Cáritas Española: Madrid
- Murphy, H.B.M.** 1982 *Comparative Psychiatry*. Springer: New York
- Murphy, Jane M.** 1976 "Psychiatric labeling in cross-cultural perspective" EN *Science*; 191: 1019-1027.
- Murphy, Jane M.** 1964 "Psychotherapeutic aspects of shamanism on St. Lawrence Island, Alaska". EN *Magic, faith and healing: studies in primitive psychiatry today*, EDITADO POR A. Kiev, pp. 53-83. Free Press: New York.
- Muñoz Darde, Mónica** 1995 "La teoría de los sistemas autopoieticos de N. Luhmann" EN *Zona Abierta 70-1*; 20-Jan.
- Muñoz Dardé, Verónica** (Ed.) 1995 *La teoría de los sistemas autorreferenciales*. Zona Abierta Siglo XXI: Madrid.
- Muñoz Dardé, Verónica** 1995 "La teoría de los sistemas sociales autopoieticos de Niklas Luhmann. Presentación" EN *Zona Abierta*; 70/71: 1-20.
- Myerhoff, B.** 1978 *Number our days*. Simon and Schuster: New York
- Myers, Fred R.** 1988 "The Logica and Meaning of Anger among Pintupi Aborigines" EN *Man (n.s.)*; 23(3): 126-66.
- Márquez Gallego, Fernando** (Ed.) 1988 *I Xornada sobre demencia senil en Galicia*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.
- Márquez Reviejo, Victor** 1975 "Huelva: verjas para el manicomio" EN *Triunfo*.
- Méndez, Lourdes** 1995 "Rituales mágico-científicos al servicio de la estética de la delgadez: cuerpos de mujeres, cuerpos de hombres". EN *Anorexia: dieta, estética, creanzas*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 117-127. Museo do Pobo Galego: Santiago.
- Narrow, W.E., Reiger, D.A., Rae, D.S., Manderscheid, R.W. y Locke, B.Z.** 1993 "Use of services by persons with mental and addictive disorders: findings from the national institute of mental health epidemiologic catchment area program" EN *Archives of General Psychiatry*; 50: 95-107.
- Nash, J.** 1981 "Etnographic aspects of the world capitalist system" EN *Annual Review of Anthropology*; 10: 393-423.
- Nash, J.** 1979 *We eat the mines and mines eat us*. Columbia U.P.: New York
- Navarro, Pablo** 1997 "Objetividad social, subjetividad social y la noción de complementaridad teórica en sociología" EN *Anthropos*; 173-174: 114-125.
- Navas, Alejandro** 1997 "Autopercepción intelectual de un proceso histórico. Apuntes para una biografía intelectual: Niklas Luhmann" EN *Anthropos*; 173/174: 40-50.
- Navas, Alejandro** 1989 *La teoría sociológica de Niklas Luhmann*. EUNSA: Pamplona
- Nedham, R.** 1972 *Belief, Language and Experience*. Blackwell: Oxford
- Needman, J.** 1950 *Science and Civilization in China*
- Nesse, R.M. y Williams, G. C.** (Ed.) 1996 *Why we get sick: the new science of darwinian medicine*. Vintage: New York.
- Neugeboren, Jay** 1999 *Transforming Madness. New Lives for People Living with Mental Illness*. Morrow and Company: New York
- Neugeboren, Jay** 1997 *Imagining Robert. My brother, Madness and Survival*. Holt and Company: New York
- Ngokwey, Ndolamb** 1995 "Naming and Grouping Illnesses in Fera (Brazil)" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 19,3: 385-408.
- Nichter, M.** (Ed.) 1992 *Approacher to the study of etnomedicine*. Gordon and Breach: Philadelphia.
- Nieto, José Antonio** (Ed.) 2003 *Antropología de la sexualidad y diversidad sexuales*. Talasa: Madrid.
- Nieto, José Antonio** (Ed.) 1989 *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*. Fundación Universidad Empresas: Madrid.
- Nieto, Marga** 2002 *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. Desclee De Brouwer,: Bilbao
- Nietzsche, Federico** 1990 *Así habló Zaratustra. Un libro para todos y para nadie*. Alianza: Madrid
- Nisbet, R.A.** 1976 *Cambio social e historia. Aspectos de la teoría occidental del desarrollo*. Hispano Europea: Barcelona
- Nisbet, Robert** 1981 *Historia de la idea de progreso*. Gedisa: Barcelona
- Norman, A.** 1982 *Mental Illness in Old Age*. Centre for Policy on Aging: London
- Nuckolls, Charles W.** 1995 "The Misplaced Legacy of Gregory Bateson: Toward a Cultural Dialectic of Knowledge and Desire" EN *Cultural Anthropology*; 10(3): 367-394.
- Nuckolls, Charles W.** 1992 "Toward a Cultural History of the Personality Disorders" EN *Social Science and Medicine*; 35: 37-47.
- Nusbaum, F.** 1989 *The autobiographical subject*. Chicago U.P.: Chicago
- Núñez Jimenez, Antonio y Souchy, Agustín** 1960 *Cooperativismo y colectivismo*. Lex: La Habana
- O'Callaghan Muñoz, X.** 1986 "La incapacitación" EN *Actualidad Civil*; 1.
- O'Connell Davison, Julia y Layder, Derek** 1994 *Methods, Sex and Madness*. Routledge: New York
- O'Conner, R.** 1997 *Undoing Depression: What Therapy Doesn't Teach You and Medication Can't Give You*. Little, Brown: Boston
- O'Meara, J.Tim.** 1989 "Anthropology as empirical science" EN *American anthropology*; 91: 354-369.
- O'Sullivan, A. y Sheffrin, S.M.** 2007 *Economía. Principios y fundamentos*. Pearson-Prentice: Madrid
- O.M.S.** 1992 *I.C.D.-9*. OMS
- O.M.S.** 1992 *I.C.D.-10*. OMS
- O.M.S.** 1976 *C.I.E.-8*. OMS
- O.M.S.** 1976 *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación, para emplearlos con la clasificación internacional de las enfermedades*. OMS: Ginebra
- O.M.S.** 1959 *Psiquiatría y actitudes de la colectividad*. OMS
- Obejide, A.O.** 1977 "Tradictional Healers and Mental Illness in the City of Ibandan" EN *African Journal of Psychiatry*; 3: 99-106.
- Obiols, Juan.** 1973 *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Salvat: Barcelona
- Ohnuki-Tierney, Emiko** 1981 "Phases in huan perception/conception/symbolization processes: cognitive anthropology and symbolic clasification" EN *Am. Ethnology*; 45: 1-45.
- Okely, J.** 1992 "Anthropology and autobiography: participatory experience and embodied knowledge". EN *Anthropology and autobiography*, EDITADO POR J. Okely and H. Callaway, pp. 1-28. Routledge: New York.
- Okely, J. y Callaway, H.** (Ed.) 1992 *Anthropology and autobiography*. Routledge: London.
- Olesa Muñoz, F.F.** 1951 *Las medidas de seguridad*. Barcelona
- Olmeda Gómez, José Antonio** 2000 *Ciencia de la administración. Vol. I: Teoría de la Organización Gestión Pública*. UNED: Madrid
- Olmeda Gómez, José Antonio** 2000 *Ciencia de la administración. Vol. II: Los sistemas administrativos*. UNED: Madrid
- Oltra, Benjamin** 1995 *Cultura y tiempo: Investigación de Sociología de la cultura*. Aguacalra: Alicante
- Ong, A.** 1987 *Spirits and Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*. New York U.P.: Albany
- Onoge, O.** 1975 "Capitalism and Public Health: a neglected theme in the anthropology of africa". EN *Ingman-Thomas 1975*, pp. 162-165.
- Oparin, A.I.** 1985 (1938) *El origen de la vida*. Akal: Madrid
- Ordaz, Pablo** 2007 "Presos de la locura" EN *El País*; Dominical(11/11/2007): 2-5.
- Orley, J.H.** 1970 *Culture and Mental Illness: A study from Uganda*. East African Literature Boureau: Nairobi
- Orlove, Benjamín S.** 2004 (1986) "Ventas y trueques en el lago Titicaca: una test para perspectivas alternativas". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moerno Felio, pp. 49-90. UNED: Madrid.
- Ortells Ramos, M.** 1986 "El proceso sobre la capacitación de la persona: notas para su estudio" EN *La ley*; 2,1049-1063.

- Orti, Alfonso** 1994 "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Manuel García Ferrando and Jesús Ibañez, pp. 189-222. Alianza: Madrid.
- Ortíques, M.C. y Ortíques, E.** 1973 *Aedipus Aficain*. Plon: Paris
- Ortner, Sherry** 1984 "Theory in anthropology since the sixties" EN *Comparatives studies in society and history*; 26: 126-166.
- Orts Berenguer, E.** 1985 "La medida de internamiento para determinar eximientes". EN *Cobo-Vives 1985*, pp. 271.
- Orum, Margo** 1996 *Fairytales in Reality: My Victory over Manic Depression*. Pan Macmillan Australia: Sydney
- Osborne, Thomas** 1994 "On anti-medicine and clinical reason". EN *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, EDITADO POR Colin Jones and Roy Porter, pp. 28-47. Routledge: London.
- Otero Acuña, R.** 1867 *Galicia Médica*: Santiago
- Otero Pedrayo, Ramón** 1962 *Historia de Galicia*. Akal: Madrid
- Otsuka, Yosuo** 1976 "Chinese traditional medicine in Japan". EN *Leslei 1976*, pp. 322 y ss.
- Oxfeld, Ellen** 1992 "Individualism, holism and the market mentality: notes on the recollection of a Chinese entrepreneur" EN *Cultural Anthropology*; 7(3): 267-300.
- Pachuta, Donald M.** 1992 "Chinese medicine: the law of five elements".
- Padget, D. And Th. M. Johnson** 1990 "Somatization distress: hospital treatment of psychiatric co-morbidity and the limitations of biomedicine" EN *Social Science and Medicine*; 30(2): 205-209.
- Pais Pazos, I.** 1997 "Lectura antropológica dun fracaso terapéutico: un grupo de alcohólicos nunha comunidade rural galega". EN *AA. VV. 1997*, pp. 343-348.
- PANAP** 1972 *Bases par la organización de los servicios sanitarios*. PanaP: Madrid
- Pandolfi, M.** 1992 "Beyond Gramsci and De Martino: Medical anthropology in contemporary Italy" EN *Med.Anthro. Q.*; 6(2): 162-185.
- Pandolfi, M.** 1991 *Itinerari della emozioni*. Francoangeli: Milán
- Pang, T. Y.** 1987 *On Tai Chi Chuan*. Azalea Press: Bellingham
- Papanicolaou, A.C.** 1989 *Emotion: A Reconsideration of the Somatic Theory*. Gordon and Breach: New York
- Papoulos, Demetri y Papoulos, Janice** (Ed.) 1999 *The Bipolar Child. The Definitive and Reassuring Guide to Childhood's most Misunderstood Disorder*. Broadway: New York.
- Papoulos, Demetri y Papoulos, Janice** 1997 *Overcoming Depression*. Harper Perennial: New York
- Paracelsus** 1992 *Obras completas*. CSIC: Sevilla
- Pareto, V.** 1985 (1916) *Forma y equilibrio sociales. Extracto del Tratado de Sociología*. Alianza: Madrid
- Parker, A.C.** 1909 "Secret Medicine Societies of the Seneca" EN *American Anthropologist*; 11: 161-185.
- Parkin, Robert y Stone, Linda** (Ed.) 2007 *Antropología del parentesco y de la familia*. Ramón Areces: Madrid.
- Parsons, Anne** 1969 *Belief, magic and anomie: essays in psychosocial anthropology*. Free press: New York
- Parsons, Talcot** 1991 (1951) *The Social System*. Routledge: Londres
- Parsons, Talcot** 1978 *Action Theory and the human condition*: New York
- Parsons, Talcot** 1977 *Social System and the evolution of action Theory*: New York
- Parsons, Talcot** 1975 "The sick role and the role of the physician reconsidered" EN *Milbank Memorial Fund, Health and society*; 53: 257-278.
- Parsons, Talcot** 1973 *The American University*. Harvard U.P.: Cambridge, Ma.
- Parsons, Talcot** 1972 "Definitions of Health and Illness in the light of American values and social structure". EN *Patients, Physicians and Illness*, EDITADO POR E. Jaco and E. Gaartley. Collier Macmillan: London.
- Parsons, Talcot** 1971 *The System of modern Societies*. Englewood Cliff: New Jersey
- Parsons, Talcot** (Ed.) 1969 *On the concept of political power*. Free Press: New York.
- Parsons, Talcot** (Ed.) 1969 *On the concept of influence*. Free Press: .
- Parsons, Talcot** (Ed.) 1969 *On the concept of Value-Commitment*. Free Press: .
- Parsons, Talcot** 1969 *Politics and social structure*. Free Press: New York
- Parsons, Talcot** 1964 *The Structure of Social Action*. Glencoe: New York
- Parsons, Talcot** 1962 *Toward a General Theory of Action*. Harper and Row: New York
- Parsons, Talcot** 1961 "An outline of the social system". EN *Theories of Society*, EDITADO POR Talcot Parsons and et al. Glencoe: New York.
- Parsons, Talcot** 1961 *Theories of society*: New York
- Parsons, Talcot** 1949 *Essays in sociological Theory*. Haper: New York
- Parsons, Talcot** 1978 "Health and disease: a sociological and action perspective". EN *Action theory and the human condition*, EDITADO POR Talcot Parsons. Free Press: New York.
- Parsons, Talcot** (Ed.) 1964 *Definitions of health and illness in the light of american values and social structure*. Free Press: NY.
- Parsons, Talcot y Fox, R.** 1952 "Illness, therapy and the modern urban family" EN *Journal of Social Issues*; 8: 31-44.
- Payer, Lynn** 1996 (1988) *Medicine and culture. Varieties of treatment in United States, England, West Germany and France*. Henry Holt and company: New York
- Paz Andrade, V** 1970 *La marginación de Galicia*. Siglo XXI: Madrid
- Pearson, G.** 1975 *The deviant imagination: psychiatry, social work and social change*. Macmillan: London
- Peces Morate, J.E.** 1984 "Problemática del internamiento judicial de los enfermos psiquiátricos" EN *A.C. N° 35*.
- Pelto, P.J. and Pelto, G.H.** 1990 "Field methods in medical anthropology". EN *Medical anthropology: a handbook of theory and method*., EDITADO POR Th. M. Johnson and C.F. Sargent, pp. 269 y ss. Greenwood Press: New York.
- Pendleton, David y Hasler, John** (Ed.) 1983 *Doctor-Patients communication*. Academic Press Inc.: London.
- Penella, Manuel A.** 1977 *Grandes misterios del exorcismo. Vol. I: Satanismo. II: Posesión. III: Exorcismo*. Círculo de amigos de la historia: Madrid
- Pennac, Daniel** 2008 (2007) *Mal de escuela*. Mondadori: Barcelona
- Pennac, Daniel** 2008 (2007) *Mal de escola*. Xerais: Vigo
- Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M.** (Ed.) 2000 *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la cultura*. Bellaterra: Barcelona.
- Perdiguero, Enrique, Comelles, Josep M. and Erkoreka, Antón** 2000 "Cuarenta años de la antropología médica en España". EN *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la cultura*, EDITADO POR Enrique Perdiguero and Josep M. Comelles, pp. 353-446. Bellaterra: Barcelona.
- Pereira, Dionisio** 2003 *A Sociedade "La protección Obrera" de Porto do Son*. Concello do Porto do Son: Porto do Son
- Pereira, Luis Xosé** 1992 *A Vida vexetal*. Bahía: A Coruña
- Perera, M.A.** 1997 *Salud y ambiente. Contribuciones al conocimiento de la antropología médica y ecología cultural en Venezuela*. U. Centrla Venezuela: Caracas
- Pereyra Etcheverría, Miguel** (Ed.) 2003 *Procesos de inclusión y exclusión en las personas con discapacidad*. Cáritas Española: Madrid.
- Perls, Fritz** 2004 (1969) *Dentro y fuera del tarro de la basura*. Cuatro vientos: Santiago de Chile
- Perrote, B., Krueger, V. y Stuckel, H.H.** (Ed.) 1989 *Medicine women, curanderas and women doctors*. Oklahoma U.P.: Norman.
- Peset, J.L.** 1984 *Ciencia y Marginación: Negros, locos y criminales*. Crítica: Barcelona
- Pessoa, Fernando** 1991 (1982) *Libro del desasosiego de Bernardo Soares*. Seix Barral: Barcelona
- Philips, J. y al, Et.** 1984 "Social Factors related to psychiatric disorder" EN *Social Psychiatry*; 9: 53-61.
- Pickering, W. S. F.** (Ed.) 2002 *Durkheim today*. Oxford: New York.
- Pierret, Janine** 1993 "Constructing discourses about health and their social determinants". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 26. Routledge: Lodon.

- Pike, K.** 1954 *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. Summer Institute of Linguistics: Glendale
- Pilgrim, David y Rogers, Anne** (Ed.) 1999 *A sociology of mental health and illness*. Open U.P.: Philadelphia.
- Pill, R. y Stott, N.C.M.** 1982 "Concepts of illness causation and responsibility: some preliminar data from a sample of working class mothers" EN *Sociology of Science and Medicine*; 16(1): 43-52.
- Pinel, Philippe** 1804 *Tratado médico filosófico de la enajenación del alma o manía*. Imprenta real: Madrid
- Pinillos, José Luis** 1983 *Principios de Psicología*. Alianza: Madrid
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 2005 "Comunicación, construcción de la realidad e imaginarios sociales" EN *UPL*; 10(29): 80-85.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 2004 "Marginados y excluidos. Un enfoque interdisciplinar" EN *Semata*; 16: 17-52.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1997 "La nueva plausibilidad (La observación de segundo orden en Niklas Luhmann)". EN *Hacia una teoría científica de la sociedad*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 126-132 vol. 173/174. Revista Anthropos: Barcelona.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1997 "Sentido y posibilidad". EN *Jesús Ibañez. Teoría y práctica*, EDITADO POR Fernando Álvarez Uría, pp. 153-166. Endymion: Madrid.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1995 *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Sal Terrae: Madrid
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1995 "El estudio cualitativo de la diferencia" EN *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada*;
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1995 "Sentido, contingencia y posibilidad en la reducción de la complejidad, en la moderna teoría de sistemas" EN *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada*;
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1995 "El imaginario social de la religión como constructor de la realidad de lo mundanamente irrepresentable" EN *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada*;
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1995 "Tiempo, sentido y riesgo en N.Luhmann" EN *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada*;
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1994 "Sociocibernética: marco sistémico y esquema conceptual". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Juan Manuel Delgado and Juan Gutiérrez, pp. 563-580. Síntesis: Madrid.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** (Ed.) 1990 *Las fronteras de los saberes*. Akal: Madrid.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis** 1987 "Saber y sentido". EN *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*, EDITADO POR Ramón Maiz. Universidad Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis y Rey Pousada, Rosa, et al.** 2004 *Observación de las expectativas recíprocas entre los actores intervinientes en los casos de personas con trastornos mentales crónicos: Implementación de un modelo cualitativo. Memoria de investigación*. Memoria de investigación: Sergas: A Coruña
- Pintos de Cea-Naharro, Juan-Luis** 1996 *El constructivismo sociológico de N.Luhmann. Investigación concurso cátedra*. Fotocopiado
- Pintos de Cea-Naharro, Juan-Luis** 1989 "Apuntes para el estudio de la modernización política en Galicia, sobre las bases de los trabajos de E.M.Rogers y J. Habermas". EN *AA. VV.* 1989.
- Pitt-Rivers, Julian** 1989 (1954) *Un pueblo en la sierra: Grazalema*. Alianza: Madrid
- Pitt-Rivers, Julian** 1979 (1977) *Antropología del honor o política de los sexos. La influencia del honor y el sexo en la vida de los pueblos mediterráneos*. Crítica: Barcelona
- Pitt-Rivers, Julian** 1971 *Los hombres de la sierra. Ensayo sociológico sobre un pueblo andaluz*. Grijalbo: Barcelona
- Pizarro, N.** 1979 *Metodología sociológica y teoría lingüística*. Alberto Corazón: Madrid
- Plimak, E. y Volodin, A.** 1982 *Cómo se desarrolla la sociedad*. Progreso: Moscú
- Pliskin, Karen L.** 1987 *Silent Boundaries. Cultural constraints on sickness and diagnosis of Iranions on Israel*. Yale U.P.: New Haven
- Plumer, Ken** 1989 (1983) *Los documentos personales. Introducción a los problemas y la bibliografía del método humanista*. Siglo XXI: Madrid
- Pobin, L.N. et. al.** 1981 "The Nimth Diagnostic Interview Schedule" EN *Archives of General Psychiatry*; 38: 381-391.
- Poirier, J. et al.** 1983 *Les récits de vie*. P.U.F.: Paris
- Polaino Navarrete, M.** 1985 "Inobservancia de los deberes de guarda de los enajenados, art. 584". EN *Cobo-Vives 1985*, pp. 1355-1375.
- Polaino Navarrete, M. Ed.** 1987 *Aspectos filosóficos, médicos y criminológicos de la reforma penal*. P.U. Córdoba: Córdoba
- Polanco, Tomas** 1962 (1960) *Las formas jurídicas de la independencia*. Instituto de Estudios Políticos: Caracas
- Polansky, N.** 1941 "How Shall a Life History be Written?" EN *Character and Personality*; 9: 188-207.
- Polanyi, M.** 2004 "El sistema económico como proceso institucionalizado". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu. UNED: Madrid.
- Polanyi, M.** 1994 *El sustento del hombre*. Mondadori: Madrid
- Polanyi, M.** 1992 *La gran transformación*. La Piqueta: Madrid
- Polanyi, M.** 1959 *Personal Knowledge*. Routledge and Kegan Paul: London
- Polgar, S.** 1962 "Health and human behavior: areas of interest common to social and medical sciences" EN *Current anthropology*; 3: 159-205.
- Polkinghorne, Donald** 1983 *Methodology for the human sciences: Systems of Inquiry*. New York U.P.: New York
- Pollner, M.** 1988 *Mundane Reason: reality in everyday and sociological discourse*. Cambridge U.P.
- Pollock, Donald** 2000 "Physician autobiography: narrativa and the social history of medicine". EN *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, EDITADO POR Cheryl Mattingly and Linda C. Garro, pp. 108-127. California U.P.: Berkley.
- Pollock, Donald** 1996 "Training tales: U.S. Medical autobiography" EN *Current Anthropology*; 11(3): 339-361.
- Pollock, Kristian** 1993 "Attitude of mind as a means of resisting illness". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 49-70. Routledge: London.
- Pollock, Kristian** 1988 "On the nature of social stress: production of a modern mythology" EN *Social Science and Medicine*; 26: 381-92.
- Ponce de León, Omar G.** 1996 *El médico enfermo. Análisis sociológico del conflicto de roles*. CIS: Madrid
- Porkert, Madfred** 1976 "The Intellectual and Social Impulses Behind the Evolution of Chinese Medicine". EN *Leslei 1976*.
- Porkert, Madfred** 1974 *The Theoretical Foundations of Chinese Medicine. Systems of Correspondence*. M.I.T. Press: Cambridge
- Porter, Roy** (Ed.) 1997 *Rewriting the self. Histories from the Renaissance to the present*. Roudledge: London.
- Porter, Roy** (Ed.) 1991 *The faber book of madness*. Faber and Faber: London.
- Porter, Roy** 1989 (1989) *Historia Social de la locura*. Crítica: Barcelona
- Porter, Roy** 1989 *Mind-Forg's Manacles: A History of madness in England from the Restoration to the Regency*. Harvard UP: Cambridge
- Porter, Roy** (Ed.) 1985 *Patients and Practitioners: Lay Perceptions of Medicine in Pre-Industrial Society*. Cambridge U.P.: Cambridge.
- Poster, Mark** 1987 *Foucault, el marxismo y la historia*. Paidós: Barcelona
- Powell, J.V.** 1995 "To see ourselves as others see us" EN *Am. Anthropologist*; 97,4,661yss.
- Power, D.J. y Selwood, D.H.D.** (Ed.) 1987 *Criminal law and psychiatry*. Kluwerlaw P.: London.
- Prat i Carós, Joan** 2003 "Reflexiones sobre los nuevos objetos de estudio en la antropología social española". EN *Historia de la antropología social*, EDITADO POR Traude Mullauer-Seichter, pp. 100-119. UNED addenda: Madrid.

- Prat, Joan y Martínez, U.** (Ed.) 1991 *Antropología de los pueblos de España*. Taurus: Madrid.
- Prat, Joan y Martínez, Ángel** (Ed.) 1996 *Ensayos de Antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Ariel: Barcelona.
- Preston, John D., O'Neal, John H. y Talaga, Mary C.** (Ed.) 1998 *Consumer's guide to psychiatric drugs*. New Harbinger: Oakland, CA.
- Pribram, Karl H. y Ramírez, J.M.** 1995 *Cerebro y conciencia*. Díaz de Santos: Madrid
- Priest, Stephen** 1991 *Theories of the Mind*. Penguin: London
- Prince, R.** 1976 "Psychotherapy as the Manipulation of Endogenous Healing Mechanisms: A transcultural survey" EN *Transcultural Psychiatric Research Review*; 13: 115-133.
- Prior, Lindsay** 1996 (1993) *The social organization of mental illness*. Sage: London
- Proudhon, Pierre Joseph** 1983 (1840) *¿Qué es la propiedad? Investigaciones acerca del principio del derecho y de la autoridad*. Orbis: Barcelona
- Psathas, G.** (Ed.) 1979 *Everyday Language*. Irvington Press: New York.
- Puente Greene, Paz** 1999 *Un angel sin ala*. Robin Book: Barcelona
- Pufendorf, Samuel Freiherr von** 1991 *On the duty of man and citizen according to natural law*. Cambridge University Press: Cambridge
- Pujadas Muñoz, Juan José** 1993 *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. CSIS: Madrid
- Puleo, Alicia** 1992 *Dialéctica de la sexualidad. Sexo y género en la filosofía contemporánea*. Cátedra: Madrid
- Punset, Eduardo** (Ed.) 2006 *El alma está en el cerebro. Radiografía de la máquina de pensar*. Aguilar: Madrid.
- Puziré, A.** (Ed.) 1989 *El proceso de formación de la psicología marxista: L. Vigotski, A. Leontiev, A. Luria*. Progreso: Moscú.
- Pérez Aranda, Beatriz** 2006 *Enrique Rojas, biografía*
- Pérez Hervada, E.** 1984 *Curanderismo en Galicia*. Alvarellos: Lugo
- Pérez Hervada, E.** 1972 *Curanderismo y superstición. El ideal gallego*: A Coruña
- Pérez López Villamil, José** 1954 *Fisiopatología detersiva. Psicopatología de la duda*. Imprenta La Competidora: Vigo
- Pérez López Villamil, José** 1941 *Manual de Psiquiatría. Psicopatología General*. Compostelana: Santiago
- Pérez López Villamil, José** 1931 *Esquizofrenia: La piritoterapia no malárica en diversas formas de esquizofrenia y estudio de las reacciones de la microglia a variados agentes piritoterápico. Tesis doctoral U. Madrid*. Faro de Vigo: Vigo
- Pérez López Villamil, José** 1931 *Psicología de los movimientos expresivos. El llanto*: Santiago
- Pérez, Fermín** (Ed.) 2006 *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.
- Queen, S.A. y Gruener, J.R.** 1940 *Social Pathology: Obstacles to social participation*. Th.Y. Crowell: NY
- Queen, S.A. y Mann, D.M.** 1925 *Social Pathology*. Th.Y. Crowell: NY
- Quintanilla Ulla, Jaime** 1994 *El complejo mundo del suicidio*. Do Castro: Sada
- Quintanilla, A.** 1976 "Effect of rural-urban migrations on beliefs and attitudes toward disease and medicine in southern Perú". EN *Medical Anthropolgy*., EDITADO POR F.X. Grolling, pp. 393-401. Mounton: The Hague.
- Quintero Olivares, G.** 1986 *Derecho Penal. Parte Gernal*. Gráficas Signo: Barcelona
- Quintero, Jesús** 1998 (1997) *Cuerda de presos*. Planeta: Barcelona
- Quiñonero, Llum** 2001 "Un marxista es un débil mental. Investigación: Manipulación psiquiátrica. Antonio Vallejo Nagera" EN *El Mundo. Crónica*; 20 enero(111).
- Rabinovich de Landas, S.G.** 1985 *La prueba de peritos*. Dapalte: Buenos Aires
- Rabinow, Paul** 1988 "Beyond ethnography: Anthropology as nominalism" EN *Cultural Anthropology*; 3,4: 355-64.
- Rabinow, Paul** 1984 *The Foucault reader*. Penta: New York
- Rabinow, Paul** 1977 *Reflections on Fieldwork in Morocco*. California UP: Berkeley
- Rabinow, Paul** 1975 *Symbolic domination. Cultural form and historical change in Marroco*. Chicago U.P.: Chicago
- Rabinow, Paul y Sullivan, W.M.** (Ed.) 1979 *Interpretative Social Science*. California U.P.: Berkeley.
- Rackett, Tim** 1992 "White Psychiatrist, black masks: on the racial imperative in critical psychiatry" EN *Economy ans Society*; 21(3): 295-320.
- Radcliffe-Brown, A.R.** 1975 (1958) *El método en la antropología social*. Anagrama: Barcelona
- Radcliffe-Brown, A.R.** 1968 (1958) *Estructura y función en las sociedades primitivas*. Península: Barcelona
- Radcliffe-Brown, A.R.** 1968 (1922) *The Andaman Islanders*. Free Press: New York
- Radcliffe-Brown, A.R.** 1958 *Method in social anthropology*. Chicago U.P.: Chicago
- Radcliffe-Brown, A.R.** 1952 *Structure and function in primitive society*. Oxford U.P.: Londres
- Radcliffe-Brown, A.R.** 1948 *A natural science of society*. Free Press: New York
- Radcliffe-Brown, A.R. y Forde, Daryll** (Ed.) 1982 *Sistemas Políticos Africanos de Parentesco e Casamento*. Gulbenkian: Lisboa.
- Radley, Alan** (Ed.) 1993 *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*. Routledge: London.
- Radley, Alan** 1993 "The role of metaphor in adjustment to chronic illness". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*., EDITADO POR Alan Radley, pp. 109-123. Routledge: London.
- Radley, Alan** 1989 "Style, discourse and constraint in adjsument to chronic illness" EN *Sociology of Health and Illness*; 11: 231-52.
- Radley, Alan** 1988 *Ideological Dilemmas: a social psychology of everyday thinking*
- Radley, Alan y Green, R.** 1987 "Illness as adjustment: a methodology and conceptual framework" EN *Socciology of Health and Illness*; 9(2): 179-207.
- Ramírez de Mingo, Isabel** 1992 *El trabajo social en los servicios de la salud mental*. Eudema: Barcelona
- Ramírez Goicoechea, Eugenia** 2005 *Evolución, cultura y complejidad. La humanidad se hace a sí misma*. Centro de Estudios Ramón Areces: Madrid
- Ramón y Ballesteros, Francisco de** 1976 *Fantasías y realidades de la costa de la muerte*. Porto y cia.: Santiago
- Ramón y Ballesteros, J.** 1983 *Males de airada*. Diputación Provincial: A Coruña
- Rappaport, Roy A.** 1999 *Ritual and Religion in the Making of Humanity*. Cambridge UP: Cambridge
- Rappaport, Roy A.** 1987 (1968) *Cerdos para los antepasados : el ritual en la ecología de un pueblo en Nueva Guinea*. Siglo XXI: México
- Rappaport, Roy A.** 1979 *Ecology, Meaning and Religion*. North Atlantic Books: Richmond
- Rappaport, Roy A.** 1968 *Pigs for the Ancestors*. Yale U.P.: New Haven
- Read, John, Mosher, Loren R. y Bentall, Richard P.** (Ed.) 2004 *Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia*. Routledge: London.
- Reagan, Ch. E. y Stewart, David** (Ed.) 1978 *The philosophy of Paul Ricoeur*. Beacon Press: Boston.
- Rebolledo Moller, Sergio y Lobato Rodríguez, María José** 2001 *Como afronta-la esquizofrenia. Unha guía para familiares e cuidadores*. SERGAS, Xunta Galicia: Santiago de Compostela
- Redfield Jamison, Kay** 2004 *Exuberance. The passion for life*. Vintage: New York
- Redfield Jamison, Kay** 2000 *Night Falls Fast. Undestanding Suicide*. Vintage: New York
- Redfield Jamison, Kay** 1995 *An unquiet mind. A memory of moods and madness*. Vintage: New York
- Redfield Jamison, Kay** 1994 *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. Free Press: New York
- Redfield Jamison, Kay y Goodwin, F.K.** (Ed.) 1990 *Manic-Depressive Illness*. Oxford U.P.: New York.
- R., Redfield y Villa-Rojas, A.** 1934 *Chacom: a Maya Village*. Carnegie Institucion: Washington
- Redfield, R.** 1975 *The primitive world and its transformations*. Ithaca: New York

- Redfield, R.** 1941 *Yucatán: una cultura en transición*. FCE: México
- Redgin, Charles C. y Becker, Howard S.** (Ed.) 1992 *What is a case? Exploring the foundations of Social Inquiry*. Cambridge U.P.: New York.
- Reed-Danahay, Deborah E.** (Ed.) 1997 *Auto/Ethnography. Rewriting the self and the social*. Berg: New York.
- Reich, W. y Schmidt, Vera** (Ed.) 1986 *Psicoanálisis y educación*. Orbis: Barcelona.
- Rendueles, Guillermo y al., et** (Ed.) 1990 *Las esquizofrenias*. Jucar: Madrid.
- Retamal, Pedro y al., et** (Ed.) 2001 *Enfermedad bipolar. Guía para el paciente y la familia*. Mediterraneo: Chile.
- Retel-Laurentin, A.** 1983 *Une Anthropologie Médicale en France*. CNRS: París
- Rey, P. P.** 1975 "The lineage mode of production" EN *Critical Anthropology*; 3: 27-79.
- P., Rey, P.** 1976 *Les Alliances des classes*. Maspero: París
- Reyes, R.** 1988 *Terminología científico social. Aproximación crítica*. Anthropos: Barcelona
- Richman, Michele** 1992 "On the Power of Banal: (Un)common categories in Recent Social Thought" EN *Public Culture*; 5(19): 113-122.
- Ricoeur, Paul** 1970 (1965) *Freud and Philosophy: An essay on Interpretation*. Yale UP: New Haven
- Rieff, Philip** 2006 (1966) *The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*. Intercollegiate Studies Institute: New York
- Riessman, C.K.** 1990 "Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: a research note" EN *Social science and medicine*; 30: 1195-2000.
- Riessman, J. y al., et** (Ed.) 1964 *Mental Health of the Poor*. Free Press: Glencoe.
- Riley, J.** 1980 *Crazy Quilt*. William Morrow: New York
- Risco, Vicente** 1979 *Etnografía: cultura espiritual*. Akal: Madrid
- Risco, Vicente** 1976 *Manual de Historia de Galicia*. Galaxia: Vigo
- Ritzer, George** 1996 *Teoría sociológica contemporánea*. McGraw-Hill: Madrid
- Ritzer, George** 1996 *La McDonalización de la sociedad: una análisis de la racionalidad de la vida cotidiana*. Ariel: Barcelona
- Ritzer, George** 1993 *Teoría sociológica clásica*. McGraw-Hill: Madrid
- Rivera, Joseph de** 1977 *A structural Theory of Emotions*. Academic press: New York
- Rivers, W.H.R.** 1924 *Medicine, Magic and Religion*. Kegan: Londres
- Rivers, W.H.R.** 1900 "The genealogical method of collecting social and vital statistics" EN *Journal of Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*; 30: 74-82.
- Roach, M.** 1985 *Another name for madness*. Houghton Mifflin: Boston
- Roberts, Allen F.** 1991 "Anarchy, abjection and absurdity: a case of metaphoric medicine among the Tabwa of Zaire". EN *Romanucci-Ross 1991*, pp. 113 y ss.
- Robin, L.N.** (Ed.) 1985 *Epidemiologic field methods in Psychiatry*. Academic P.: New York.
- Robinson, David** 1971 *The Process of Becoming Ill*. Routledge and Kegan Paul: Londres
- Robles, Fernando** 2000 *El desaliento inesperado de la modernidad. Molestias, irritaciones y frutos amargos de la sociedad del riesgo*. RiL Editores: Providencia, Chile
- Robson, Colin** 1993 *Real World Research. A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Blackwell's: Oxford
- Rock, P. y McIntosh, M.** 1974 *Deviance and social control*. Tavistock: London
- Rodd, Robin** 2004 *The biocultural ecology of Piaroa shamanic practice* UNIVERSIDAD University of Western Australia.
- Rodney, M.C.** 1973 *Sociología de la medicina*. Alianza: Madrid
- Rodríguez Campos, Xoaquin** 1989 "Envidia e Identidade Social. Adaptación social e simbolización sexual na sociedade galega". EN *Actas do II coloquio de antropología, Santiago: Museo do Pobo Galego*.
- Rodríguez Campos, Xoaquin** 1989 "Lenguaje y experiencia socioecológica. Una reflexión etnográfica". EN *Rota 1989*.
- Rodríguez Ibañez, J.E.** 1989 *La perspectiva sociológica. Historia, teoría y método*. Taurus: Madrid
- Rodríguez López, Jesús** 1989 "El mito de la salud Mental" EN *Anales de Psiquiatría*; V(8).
- Rodríguez López, Jesús** 1974 *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares*. Celta: Lugo
- Rodrigáñez, Casilda y Cachaceiro, Ana** 1996 "Matrimonio y estado terapéutico" EN *Archipiélago*; 25: 75-83.
- Rodríguez Cabrero, Gregorio y Carrasco Carpio, Concha, et al.** 2003 *Las entidades voluntarias de acción social en España*. Cáritas Española: Madrid
- Rodríguez Devesa** (Ed.) 1990 *Derecho penal español*. Dykison: Madrid.
- Rodríguez García, Francisco** 2000 *Desde un tren de mercancías : reflexiones sobre el Mercado Común, el sector lácteo español, la empresa pública y algunas cosas más*. Planeta: Barcelona
- Rodríguez López, Antonio** 1995 "Alimentación e psiquiatría en Galicia". EN *Anorexia: dieta, estética, creencias*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 89-101. Museo Pobo Galego: Santiago.
- Rodríguez López, Antonio** 1989 "La depresión en la cultura y la medicina popular gallega" EN *Anthropologica*; 5/6: 133-141.
- Rodríguez López, Antonio** 1982 "Actitudes ante la enfermedad mental y la psiquiatría en Galicia" EN *Documentación Social*; 47: 139-153.
- Rodríguez López, Antonio** 1974 "El emigrante y la Enfermedad mental" EN *Triunfo*.
- Rodríguez Mansilla, Darío** 2007 "La sociología y la teoría de la sociedad". EN *La sociedad de la sociedad*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. v-xxii. Herder- Iberoamerican: Mexico.
- Rodríguez Mansilla, Darío** 1996 "Introducción". EN *Confianza*, EDITADO POR Niklas Luhmann. Anthropos Universidad Iberoamericana: Barcelona.
- Rodríguez Mansilla, Darío** 1995 "Prólogo". EN *Poder*, EDITADO POR Niklas Luhmann. Anthropos Iberoamericana: Barcelona.
- Rodríguez Murillo** 1974 *Peligrosidad social y medidas de seguridad*. Tecnos: Valencia
- Rodríguez, F.** 1987 *Salud y sociedad*. Tecnos: Madrid
- Rof Carballo, X.** 1957 *Mito e realidade da terra nai*. Galaxia: Vigo
- Rogers, Mary F.** 1983 *Sociology, ethnomethodology and experience. An phenomenological critique*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Rogers, S.C.** 1985 "Gender in southwestern France: the myth of male dominance revisited" EN *Anthropology*; 9: 65-86.
- Rogers, W.S.** 1991 *Explaining Health and Illness: an exploration of diversity*. Harvester Wheatsheaf: London
- Roman, P. y Trice, H.** (Ed.) 1974 *Social perspectives on community mental health*. Davis: Philadelphia.
- Romani, Oriol** 2008 *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. Anagrama: Barcelona
- Romani, Oriol y Canals, Josep** 1996 "Médicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing" EN *Archipiélago*; 25: 51-62.
- Romanucci-Ross, Lola** 1991 "Creativity in Illness: methodological linkages to the logic and language of science in folk pursuit of health in central Italy". EN *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method.*, EDITADO POR Lola Romanucci-Ross, pp. 5 y ss. Bergin and Garvey: New York.
- Romanucci-Ross, Lola and alle, Et** 1991 "'Medical anthropology" convergence of mind and experience in the anthropological imagination". EN *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method.*, EDITADO POR Lola Romanucci-Ross, pp. 421 y ss. Bergin and Garvey: New York.
- Romanucci-Ross, Lola y al., et** (Ed.) 1991 *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*. Bergin and Garvey: New York.
- Romanucci-Ross, Lola and alle, Et** 1991 "The extraneous factor of western medicine". EN *The Anthropology of Medicine. From Culture to Method*, EDITADO POR Lola Romanucci-Ross, pp. 389 y ss. Bergin and Garvey: New York.
- Romanyshyn, R.D.** 1982 *Psychological Life: From Science to Metaphor*. Open U. P.: Milton Keynes
- Romani, Oriol** 1997 "Cultura, riesgos y salud. El caso de las drogas". EN *Medicina popular e antropoloxía da saúde. Actas do simposio Internacional en Homenaxe rendida a D.Antonio Fraguas*, EDITADO POR AA. VV., pp. 229-246. Consello Cultura Galega: Santiago de Compostela.

- Romaní, Oriol** 1996 "Antropología de la marginación. Una cierta incertidumbre". EN *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, EDITADO POR Joan Prat and Àngel Martínez Hernández, pp. 303-318. Ariel: Barcelona.
- Romero Casabona, C.M.** 1986 *Peligrosidad y derecho penal preventivo*. Bosch: Barcelona
- Romero Coloma, A.M.** 1989 "Problemática de la responsabilidad extracontractual" EN *Publicaciones mundo derecho* Octubre; 51-56.
- Romero Sirvent, Cl. y Gómez Pavón, P.** 1985 "Enajenación mental y trastorno mental transitorio (evolución legal y análisis jurisprudencial)" EN *La ley*; 1: 979-997.
- Rose, Nikolas** 1994 "Medicine, history and the present". EN *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, EDITADO POR Colin Jones and R. Porter, pp. 48-72. Routledge: London.
- Rose, Nikolas** 1990 *Governing the soul*. Routledge: London
- Rose, Nikolas y Miller, P.** (Ed.) 1986 *The Power of psychiatry*. Cambridge UP: New York.
- Roseberry, William** 2004 (1988) "Economía Política". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu, pp. 91-122. UNED: Madrid.
- Roseberry, William** 1988 "Political Economy" EN *Annual Rev. Anthro.*; 17: 161-185.
- Rosen, G.** 1984 "Análisis histórico del concepto de medicina social". EN *Medicina social*, EDITADO POR E. Lesky, pp. 211-272. Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.
- Rosen, G.** 1974 *De la policía médica a la medicina social*. S.XXI: México
- Rosen, G.** 1974 *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza: Madrid
- Rosen, G.** 1968 *Madness in society*. Chicago U.P.: Chicago
- Rosen, Laura E. y Amador, Xavier** 1996 *When Someone You Love Is Depressed*. The Free Press: New York
- Rosenberg, Morris** 1984 "A symbolic interactionist view of psychosis" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 25: 289-302.
- Rosenhan, David L.** 1975 "On being sane in insane places" EN *Science*; 179: 250-258.
- Rosenthal, David M.** (Ed.) 1991 *The Nature of Mind*. Oxford U.P.: Oxford.
- Rosenwald, G.C. y Ochberg, R.L.** (Ed.) 1992 *Storied lives: the cultural politics of self-understanding*. New Haven: Yale U.P.
- Ross Ashby, William** 1965 *Design for a brain: The origin of adaptive behavior*. Chapman & Hall and Science Paperbacks: New York
- Ross Ashby, William** 1964 *Introduction to Cybernetics*. Routledge Kegan & Paul: New York
- Rossi, Ino y O'Higgins, Edward** 1981 (1980) *Teorías de la cultura y métodos antropológicos*. Anagrama: Barcelona
- Roter, Debra** 1993 (1992) *Doctors talking with patients / patients talking with doctors: improving communication in medical visits*. Roter and Hall: New York
- Roth, J.A. y Conrad, P.** (Ed.) 1987 *Research in the sociology of health care*. JAI Press Inc.: Connecticut.
- Rowden, D.W. y al., et** 1970 "Judgments about candidates for psychotherapy: the influence of social class and verbal-insight therapy" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 11: 51-8.
- Roxin, Cl., Arzt, G. y Tiedemann, K.** (Ed.) 1989 *Introducción al derecho penal y al derecho penal procesal*. Ariel: Barcelona.
- Rubel, A.J.** (Ed.) 1989 *Susto: una enfermedad popular*. FCE: México.
- Rubel, A.J.** 1960 "Conceptions of disease in mexican-american culture" EN *Am.Anthro.*; 62: 695-714.
- Rubel, Arthur.** 1979 "Medical Anthropology: A Graduate Course". EN *Tood and Ruffini* 1979, pp. 21-28.
- Rull Sabater, Alberto** 1971 *La Seguridad social en España*. Euroamérica: Madrid
- Russell, L. Mark, Grant, Arnold E., Joseph, Suzanne M. y Fee, Richard W.** (Ed.) 1995 *Planning for the Future: Providing a Meaningful Life for a Child with a Disability After Your Death*. American Publishing Company: Evanston, Ill.
- Ruiz Ogara, C., Barcia Salorio, D. y López Ibor, J.L.** (Ed.) 1981 *Psiquiatría*. Toray-Masson: Barcelona.
- Ruiz Ruíz, Manuel** 1975 *Investigaciones sobre las actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. Tesis Doctoral, U. Barcelona: Barcelona
- Rymalov, V.V.** 1978 *The World Capitalist Economy: Structural Changes: Trends and Problems*. Progreso: Moscú
- Rábade, Sergio** 1981 *Método y pensamiento en la modernidad*. Narcea: Madrid
- Sabido, Olga** (Ed.) 2007 *Georg Simmel : una revisión contemporánea*. Anthropos: Barcelona.
- Sacks, Oliver** 1995 *An anthropologist on Mars. Seven paradoxical tales*. Picador: New York
- Sacks, Oliver** 1985 *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*. Duckworth: London
- Sacks, Oliver** 1982 *Awakenings*. Pan Books: London
- Sahlins, M.** 1988 (1985) *Islas de historia. La muerte del capitán Cook. Metáfora, antropología e historia*. Gedisa: Barcelona
- Said, Edward W.** 1979 *Orientalism*. Vintage: New York
- Sampaio, Daniel** 1991 *Ninguém Morre Sozinho. O adolescente e o suicídio*. Caminho: Lisboa
- Samson, Colin** (Ed.) 1999 *Health studies. A critical and cross cultural reader*. Blackwell: Malden, Mass.
- San Martín, Hernán** 1981 (1964) *Salud y enfermedad. Ecología humana. Epidemiología. Salud pública. Medicina preventiva. Sociología y economía de la salud*. Prensa Médica Mexicana: México
- San Martín, Javier** 1987 *La fenomenología de Husserl como utopía de la razón*. Anthropos: Barcelona
- San Martín, Javier** 1980 "El Paradigma fenomenológico en la antipsiquiatría de R. Laing" EN *Revista de filosofía. C.S.I.C.*; 127-146.
- Sangren, P. Steven** 1995 "'Power" against Ideology: A Critique of Foucaultian Usage" EN *Cultural Anthropology*; 10(1): 3-40.
- Sangren, P. Steven** 1988 "Rethoric and the Authority of Ethnography" EN *Current Anthropology*; 29(1): 277-307.
- Sanjek, Roger. Ed.** 1990 *Fieldnotes. The Making of Anthropology*. Cornell U.P.: New York
- Santamarina, C. and Mariñas, J.M.** 1994 "Historias de vida e historia oral". EN *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, EDITADO POR Juan Manuel Delgado and Juan Gutiérrez, pp. 257-285. Sígueme: Madrid.
- Sapir, Edward** 1995 (1921) "Definición de Lenguaje". EN *Lecturas de antropología social y cultural. La cultura y las culturas*, EDITADO POR Honorio Velasco, pp. 217-232. UNED: Madrid.
- Sapir, Edward** 1991 *The collected works of Edward Sapir. 8 volumes*. Mouton de Gruyter: New York
- Sapir, Edward** 1921 *Language*. Harcourt Brace: New York
- Sapir, P. y al., et** 1963 "Anthropology and the research grant and the fellowship programs of the national institute of mental health" EN *American Anthropologist*; 65: 117-132.
- Sargent, C. y Marcucci, J.** 1984 "Aspects of Khmer medicine among refugees in urban America" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 10(1): 7-9.
- Sartorius, Norman y Schulze, H.** (Ed.) 2005 *Reducing the stigma of Mental Illness: a report from a Global association*. Cambridge UP: New York.
- Sauquillo González, J.** 1989 *Michel Foucault: una filosofía de la acción*. Centro de estudios constitucionales: Madrid
- Sauquillo González, J.** 1989 "M. Foucault: estética y política del silencio" EN *Revista de Occidente*; 95.
- Sauquillo González, Julián** 1989 "Michel Foucault: estética y política del silencio" EN *Revista de Occidente*; 95: 98-109.
- Saura Martínez, L.F.** 1986 *Incapacitación y tuición*. Tecnos: Madrid
- Saville-Troike, Mauriel** 1982 *The ethnography of communication*. Wiley: New York
- Schaler, Jeffrey A-** 2004 *Szasz Under Fire The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics*. Open Court P.: Chicago
- Scheff, Thomas J.** 1997 *Emotions, the Social Bond, and Human Reality: Part/Whole Analysis (Studies in Emotion and Social Interaction)*. Cambridge UP: New York
- Scheff, Thomas J.** 1995 *The issue is devoted to shame and related emotions: an interdisciplinary approach*. Sage: New York
- Scheff, Thomas J.** 1994 *Bloody revenge. Emotions, rationalism and war*. Bouldner Westview P.: New York

- Scheff, Thomas J.** 1990 *Microsociology. Discourse, Emotion and Social Structure*. Chicago U.P.: Chicago
- Scheff, Thomas J.** 1988 "Shame and Conformity: The Defense-Emotion System" EN *American Sociological Review*; 53(3): 395-406(3): 395-406.
- Scheff, Thomas J.** 1979 *Catharsis in healing, ritual and drama*. California U.P.: Berkley
- Scheff, Thomas J.** 1978 (1966) *El rol del enfermo mental*. Amorrortu: Buenos Aires
- Scheff, Thomas J.** (Ed.) 1975 *Labeling Madness*. Prentice Hall: New Jersey.
- Scheff, Thomas J.** 1975 "Schizophrenia as Ideology". EN *Labeling Madness*, EDITADO POR Thomas J. Scheff, pp. 5-11. Prentice Hall: New Jersey.
- Scheff, Thomas J.** 1975 "The labeling theory of Mental illness". EN *Labeling Madness*, EDITADO POR Thomas J. Scheff, pp. 21-33. Prentice Hall: New Jersey.
- Scheff, Thomas J.** 1975 "Labeling, emotion and individual change". EN *Labeling Madness*, EDITADO POR Thomas J. Scheff, pp. 75-89. Prentice Hall: New Jersey.
- Schegloff, E.** 1979 "Identification and recognition in telephone conversation openings". EN *Psathas 1979*.
- Scheper-Hughes, N.** 1988 "The Madness of Hunger: Sickness, Delirium and Human Needs" EN *Culture, Medicine and Psychiatry*; 12: 429-458.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M.** 1990 "Three propositions for a critically applied medical anthropology" EN *Society, Science and Medicine*; 2: 189-197.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M.** 1987 "The Mindful body: a prolegomenon to future work in applied medical anthropology" EN *Medical Anthropology Quarterly*; 1: 6-41.
- Scheper-Hughes, Nancy** 1979 *Saints, scholars, and schizophrenics: Mental illness in rural Ireland*. California U.P.: Berkeley
- Schweder, R.A. y Levine, R.A.** (Ed.) 1984 *Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge U.P.: Cambridge, Ma.
- Schiller, F.** 1982 *The Möbius strip: Fin-de-siecle Neuropsychiatry and Paul Möbius*. California U.P.: Berkley
- Schiller, Lory y Bennett, Amanda** 1996 *The quite room: a journey out of the torment of madness*. Warner: New York
- Schleifer, Ronald** 1990 *Rethoric and death. The language of modernism and postmodernism discourse theory*. Illinois U.P.: Illinois
- Schneider, David M.** 1984 *A critique of the study of kinship*. Michigan UP: Michigan
- Schneider, David M. y Gough, K.** (Ed.) 1961 *Matrilineal kinship*. California U. P.: Berkeley.
- Schneider, J.W. y Conrad, P.** (Ed.) 1983 *Having Epilepsy: The Experience and Control of Illness*. Temple University Press: Philadelphia.
- Schott, S.** 1979 "Emotion and Social Life: a symbolic interactionist analysis" EN *American Journal of Sociology*; 84: 1317-1334.
- Schwartz, Charlotte** 1976 *Client's Perspectives on Psychiatric Troubles in a College Setting*. Tesis doctoral no publicada: Universidad Brandeis
- Schwartz, Charlotte y Kahne, Merton** 1977 "The social construction of trouble and its implications for psychiatrists working in college settings" EN *Journal of the American College Health Association*; 25(Febrero): 194-197.
- Schwartz, J.** 2000 *La hija de Casandra: una historia del psicoanálisis en Europa y América*. Síntesis: Madrid
- Schultz, Alfred** 1974 *El problema de la realidad social*. Amorrortu: Buenos Aires
- Schultz, Alfred** 1974 *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu: Buenos Aires
- Schultz, Alfred** 1972 (1932) *Fenomenología del mundo social*. Paidós: Buenos Aires
- Schultz, Alfred** 1971 *Collected papers I. The problem of social reality*. Martinus Nijhoff: La Hage
- Schultz, Alfred** 1944 "The stranger: an essay in social psychology" EN *American Journal of Sociology*; 49: 499-507.
- Schultz, Alfred y Luckmann, Thomas** 1977 (1973) *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu: Buenos Aires
- Scotch, N.** 1963 "Medical anthropology" EN *Nienal Review of anthropology, Standford*; 30-68.
- Seaburn, D.B. y al., Et** 1992 "The transgenerational development of chronic illness meaning" EN *Family systems medicine*; 10(4): 385-394.
- Seamen, Gary** 1992 "Winds, waters, seeds and souls: folk concepts of psviology and etiology in Chinese Geomancy". EN *Paths to Asian medical knowledge*, EDITADO POR Charles M. Leslei and Allan Young, pp. 74-97. California U.P.: Berkeley.
- Searle, J.** 1992 *Intencionalidad*. Tecnos: Madrid
- Searle, J.** 1978 *Actos de habla*. Tecnos: Madrid
- Segalen, Martine** 1992 (1981) *Antropología histórica de la familia*. Taurus: Madrid
- Seidman, S. y al., Et** 1991 "The end of sociological theory: the postmodern hope" EN *Sociological theory*; 9(2): 131-146.
- Selby, H.A.** (Ed.) 1976 *Meaning in anthropology*. New Mexico U.P.: Santa Fe.
- Sendiony, M.F.M. y al., Et** 1977 "Cultural Change and Mental Illness" EN *International Journal of Social Psychiatry*; 23(1): 20-25.
- Seoane, Manuel Ángel** 2005 "Nosa Señora do Meigallo. Santuario da Virxen do Corpiño" EN www.triplov.com.
- Sepilli, T.** 1983 "La medicina popolare in Italia" EN *La ricerca Folklorica*; 8: 3-12.
- Sequeitos Tizon, X.** 1986 *El desarrollo económico en Galicia I*. U. Santiago: Santiago
- Serrano, A.** 1986 *M. Foucault, Sujeto, derecho, poder*. Universidad de Zaragoza: Zaragoza
- Serrano, A.** 1986 "Poder sub specie legis y poder pastoral". EN *Mainz 1986*.
- Serrano, G.** 1984 "Problemática psicosocial de los valores humanos" EN *Boletín de Psicología*, nº3.
- Servantie, Alain, Becut, Marie Francoise y Bernard, Annie** (Ed.) 1972 *Lo normal y lo patológico. Introducción a la antropología psiquiátrica*. Fundamentos: Madrid.
- Seva Díaz, A.** 1986 *Modelo de búsqueda y análisis de documentación científica*. Univesidad: Zaragoza
- Seva Díaz, A.** 1983 *El alma del asfalto: la salud mental en la población urbana de Zaragoza*. Universidad: Zaragoza
- Seva Díaz, A.** 1979 *Psiquiatría clínica*. Espaxs: Barcelona
- Seva Díaz, A. y Civera, J.M.** (Ed.) 1982 *Análisis higienico sanitario de la Salud Mental de Soria*. Diputación Soria: Soria.
- Sexton, Linda Gray** 1994 *Searching for Mercy Street: My Journal Back to My Mother, Anne Sexton*. Little, Brown and Company: Boston
- Shah, Saleem** 1975 "Dangerousness and civil commitment of the mentally ill: some public policy considerations" EN *American Journal of Psychiatry*; 132: 501-505.
- Shands, H.C. y Meltzer, J.D.** (Ed.) 1973 *Language and Psychiatry*. Mouton: The Hague.
- Shannon, Claude E.** 1948 "A mathematical theory of communication" EN *Bell System Technical Journal*; 27: 379-423.
- Sharrock, W.W.** 1974 "On owning knowledge". EN *The Ethnomethodology. Selected Readings*., EDITADO POR Roy Turner, pp. 45-53. Penguin: New York.
- Sharrock, Wesa y Anderson, Bob** 1986 *The ethnometodologist*. Tavistock: New York
- Shaw, Clifford R.** 1966 (1931) *Jack Roller: The Natural History of a Delinquent Career*. Chicago U.P.: Chicago
- Sheehan, Susan** 1982 *Is there no place on earth for me?*. Vintage: New York
- Shepherd McClain, C.** (Ed.) 1989 *Women as healers. Cross cultural perspectives*. Rutger U. P.: New Brunswick.
- Shorter, Edward** 2006 *Written in the flesh: a history of desire*. Toronto UP: Toronto
- Shorter, Edward** 2005 *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford UP: New York
- Shorter, Edward** 2000 *The Kennedy Family and the History of Mental Retardation*. Temple UP: New York
- Shorter, Edward** 1997 *A history of psychiatry. From the age of the asylum to the age of prozac*. Wiley: New York
- Shorter, Edward** 1993 *From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. Free Press: New York
- Shorter, Edward** 1991 *Doctors an their patients: A social history*. Transaction P.: New York

- Shorter, Edward** 1990 *Women's Bodies: A Social History of Women's Encounter with Health, Ill-Health, and Medicine*. Transaction P: New York
- Shorter, Edward y Healy, David** 2007 *Shock Therapy: The History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*. Toronto UP: Toronto
- Shorter, Edward y Swartz, Conrad M.** 2007 *Psychotic depression*. Cambridge UP: New York
- Shub, David** 1955 (1950) *Lenin*. Mentor: New York
- Shuy, Roger W.** 1974 "Problems of communication on cross-cultural medical interview" EN *Texas working papers in sociolinguistic*; 19.
- Silva Thomas, Josue** 2003 *Imágenes y narrativas: La otra desinstitucionalización de la locura* UNIVERSIDAD Universidad Barcelona.
- Simeoni, Daniel y Diani, Marco** 1995 "The sociostylistics of live histories: taking Jenny at the word(s)" EN *Current Sociology*; 43(2/3): 27-39.
- Simmel, George** 1988 *Sobre la aventura. Ensayos de crítica de la cultura*. Península: Madrid
- Simmel, George** 1986 *El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura*. Península: Barcelona
- Simmel, George** 1986 *Sociología. Estudios sobre las formas de socialización*. Alianza: Madrid
- Simmel, George** 1977 *La filosofía del dinero*. Revista de occidente: Madrid
- Simmel, George** 1971 *On individual and social Forms. Selected Writings*. Chicago U.P.: Chicago
- Simmel, George** 1968 *The conflict in Modern Culture and other essays*. Teacher College Press: New York
- Simmel, George** 1918 "The conflict in modern culture". EN *Simmel 1971*, pp. 375-395.
- Simmel, George** 1910 "Sociability". EN *Simmel 1971*, pp. 127-140.
- Simmel, George** 1908 "The problem of sociology". EN *Simmel 1971*, pp. 23-35.
- Simmel, George** 1908 "Conflict". EN *Simmel 1971*, pp. 70-96.
- Simmel, George** 1908 "Subjective culture". EN *Simmel 1971*, pp. 227-234.
- Simmel, George** 1882 "Psychological and ethnological studies on music". EN *Simmel 1968*, pp. 98-140.
- Simmons, William S.** 1971 *Eyes of the Night. Witchcraft among a Senegalese People*. Little, Brown and Company: Boston
- Simon Lorda, David and Mazaira Castro, Xosé Alfredo** 1992 "Aprendendo a ser psiquiatra e curandero". EN *Espiritedos. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 191-200. Laiovente: Santiago.
- Simon, B.** 1984 *Razón y locura en la antigua Grecia*: Madrid
- Simon, Clea** 1997 *Mad House. Growing in the Shadow of Mentally Ill Siblings*. Penguin: London
- Simons, R. C. y Hughes, Ch. C. (Ed.)** 1985 *The culture-bond syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Reidel P.C.: Boston.
- Simons, R.C. y Highes, Ch. C. (Ed.)** 1985 *The culture-bond syndromes. Folk illnesses of Psychiatric and anthropological interest*. Reidel P.C.: Boston.
- Simón Lorda, David** 2003 *Un siglo de asistencia psiquiátrica en Ourense (1875-1975)* UNIVERSIDAD Santiago de Compostela : Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico.
- Simón Lorda, David** 1997 "Análise antropolóxica dun hospital psiquiátrico rural". EN AA. VV. 1997, pp. 357-366.
- Simón Lorda, David** 1995 "El caso clínico de Josefa de la Torre (la espiritada de Gonzar)". EN *Anorexia: dieta, estética, crenzas*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany, pp. 23-29. Museo do Pobo galego: Santiago.
- Singer, M.** 1990 *The application of theory in medical anthropology*. Gordon and Breach: Philadelphia
- Singer, M.** 1990 "Reinventing Medical Anthropology; toward a critical realignment" EN *Social Science and Medicine*; 30(2): 179-187.
- Singer, M. y Baer, H. (Ed.)** 1995 *Critical Medical Anthropology*. Baywood: New York.
- Singer, Merrill y Baer, Hans** 2007 *Introducing Medical Anthropology. A Discipline in action*. Altamira: Plymouth
- Singer, Merrill y García, R.** 1998 "Becoming a Puerto Rican Espiritista: Life History of a Femele Healer".
- Singer, Milton** 1992 "Bimedicine and the political economy of science" EN *Medical Anthropology Q.*; 6: 400-404.
- Singer, Milton** 1980 "Signs of the Self: An Exploration in Semiotic Anthropology" EN *American Anthropologist*; 4: 485-507.
- Singeris, T.H.** 1951 *Primitive and Archaic medicine. A history of medicine I*. Oxford U.P.: New York
- Sixirei Paredes, C.** 1982 *San Cristobal de Xavestre*. O Castro: Sada
- Sjoberg, Gideon** 1967 *Ethics, Politics and social research*. Schenkman P.C.: Cambridge
- Skelton, J.A. (Ed.)** 1991 *Mental representations in health and illness*. Springer: New York.
- Skinner, B.F.** 1986 *Walden dos*. Orbis: Barcelona
- Skinner, B.F.** 1971 *Beyond freedom and dignity*. Knopf: New York
- Skopek, Lucienne** 1975 *Sociolinguistic aspects of the medical interview*
- Skultans, M.** 1991 "Anthropology and psychiatry: the uneasy alliance" EN *Trans. Psych.Res. Rev.*; 28: 5-24.
- Skultans, Vieda y Cox, John (Ed.)** 2002 *Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges*. Jessica Kingsley P.: London.
- Slater, Lauren** 1996 *Welcome to my country. A therapist's memory of Madness*. Anchor Books: New York
- Sleye, H.** 1956 *The stress of Life*. McGraw Hill: New York
- Sloman, Leon y Gilbert, Paul (Ed.)** 2000 *Subordination and defeat: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Lawrence Erlbaum: New York.
- Smith, Dorothy** 1974 "Theorizing as Ideology". EN *Turner 1974*, pp. 41-45.
- Smith, M. Estellie (Ed.)** 1977 *Those who live from the sea*. West Publishing Co: New York.
- Smith, Paul** 1989 "Writing, general knowledge and Postmodern anthropology" EN *Discourse*; 11(2): 159-170.
- Snadner, D.** 1978 "Navaho medicine" EN *Human nature, july.*
- Sofri, G.** 2004 (1971) "El modo de producción asiático". EN *Entre Gracias y el molino satánico*, EDITADO POR Paz Moreno Feliu. UNED Addenda: Madrid.
- Sokal, Alan y Bricmont, Jean** 1999 *Imposturas intelectuales*. Paidós: Barcelona
- Soler, Louis.** 1991 "El Hombre de los despertadores" EN *Confluencias*; V-2: 33-40.
- Solomon, Andrew** 2003 (2001) *El demonio de la depresión*. Punto de Lectura: Madrid
- Solomon, Andrew** 1996 *A Stone Boat*. Plume
- Sones, Sonya** 2002 (1999) *Stop pretending. What happened when my big sister went crazy*. Dolphin Books: London
- Sontag, Susan** 1989 (1980) *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnick: Barcelona
- Soto, H. G. de (Ed.)** 1992 *The cultural contruction of profesional and folk psychiaties*. State U.P.: New York.
- Sow, I.** 1977 *Psychiarrie dynamique vafriqueaine*. Payot: Paris
- Spargo, Tamsin** 2000 (1999) *Foucault y la teoría queer*. Gedisa: Barcelona
- Spencer, Herbert** 1967 *The works of Herbert Spencer. 21 Volúmenes*. Zeller: Osnabrück
- Spencer, Herbert** 1947 (1908) *Principios de sociología. 2 Vols*. Revista Occidente Argentina: Buenos Aires
- Spencer-Brown, George** 1979 (1969) *Laws of form*. Dutton: New York
- Sperber, Dan** 1988 (1974) *El simbolismo en general*. Anthropolos.: Barcelona
- Sperber, Dan** 1974 *Rethinking Symbolism*. Cambridge U.P.: Cambridge
- Sperber, Dan y Wison, Deirdre** 1986 *Relevance. Communication and Cognition*. Harvard U.P.: Cambridge
- Spiro Wagner, Pamela y Spiro, Carolyn S.** 2005 *Divided minds. Twin Sisters and their journey through schizophrenia*. St. Martin Press: New York
- Spitzer, R.L., Gibbon, Mirian, Skodol, Andrew E., Williams, Janet B. W. y First, Michael B. (Ed.)** 1996 *DSM-IV Libro de casos*. Masson: Madrid.
- Spitzer, Robert L. and Wilson, Paul T.** 1975 "Nosology and the official psychiatric nomenclature". EN *Comprehensive textbook*

- of psychiatry. Vol. I, EDITADO POR A. Freedman, H. Kaplan and B. Sadock, pp. 826-845.
- Spradley, James** 1979 *The Ethnographic Interview*. Holt: New York
- Stamp, Patricia**. 1991 "Burying Otieno: The Politics of Gender and Ethnicity in Kenya" EN *Signs*; 16(4): 808-845.
- Stanley, L.** 1991 "Feminist autobiography and feminist epistemology". EN Aaron-Walby 1991.
- Stanley, Liz** 1992 *The Auto/Biographical I: The Theory and Practice of Feminist Auto/Biography*. Manchester U.P.: Manchester
- Starr, Paul** 1991 *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. FCE: Madrid
- Staudé, J.R.** 1996 "Autobiography, ideology and the human sciences" EN *History of the human sciences*; 6(2): 121-128.
- Steadman, Henry J.** 1981 "Critically reassessing the accuracy of public perceptions of the dangerousness of mentally ill" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 22: 10-16.
- Steadman, Henry J. y Cocozza, Joseph J.** 1974 *Careers of the criminally insane*. Health: Lexington, Ma.
- Stearns, S.C. y Koella, J.C.** (Ed.) 2007 *Evolution on health and disease*. Oxford: New York.
- Steel, Danielle** 1998 *His Bright Light: The Story of Nick Traina*. Dell Publishing: New York
- Stein, H.F.** 1992 "Medical anthropology and the depths of human experience: contributions from psychoanalytic anthropology" EN *Medical anthropology*; 14,53-75.
- Stern, Bernhard J.** 1960 *Historical sociology: The selected papers of Bernhard J. Stern*. Citadel
- Stern, Bernhard J.** 1933 *Scented Garden: Anthropology of the Sex Life in the Levant*. American Ethnological Society
- Stevens, A. y Price, J.** 2000 (1996) *Evolutionary Psychiatry. A New Beginning*. Routledge: London
- Steward, Julian** 1977 *Essays on Social Transformation*. University of Illinois Press: Illinois
- Steward, Julian** 1969 "Cultural evolution" EN *Scientific American*; 194: 69-80.
- Steward, Julian** 1938 "Ecological aspects of southwestern society" EN *Anthropos*; 32: 87-104.
- Still, Arthur y Velody, Irving** (Ed.) 1992 *Rewriting the History of Madness. Studies in Foucault's Historie de la folie*. Routledge: London.
- Stockle, E.D.** (Ed.) 1987 *Encounters between doctors and patients: An Anthology*. MIT Press: Cambridge, Ma.
- Stoler, A.L.** 1985 *Capitalism and confrontation in Sumatra's plantation belt*. Yale U.P.: New Haven
- Stommel, M., Given, C. y Given, B.** 1990 "Depression as an overriding variable explaining caregiver burden" EN *Journal of Aging and Health*; 2: 81-102.
- Stone, D.** 1984 *The Disabled State*. Macmillan: London
- Stoner, Bradley P.** 1986 "Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic HealthCare Alternatives in Medically Pluralistic Societies" EN *Medical Anthropology*; 17,2: 44-7.
- Straus, A. et al.** 1985 *Social Organization of Medical Work*. University of Chicago Press: Chicago
- Strauss, A et al.** 1985 *The social organization of medical work*. Chicago U.P.: Chicago
- Strauss, A.** 1978 *Negotiations: Varieties, Contexts, Processes and Social Order*. Jossey-Bass: San Francisco
- Strauss, A. and B. Glaser.** 1977 *Anguish: A Case History of a Dying Trajectory*. Robinson: Oxford
- Strauss, A.L. y B.G. Glaser. Eds.** 1975 *Chronic Illness and the Quality of Life*. Mosby: St. Louis
- Strauss, R.** 1974 *Escape from Custody*. Harper and Row: New York
- Stromberg, P.C.** 1986 *Symbols: the cultural system of a Swedish community*. Arizona U.P.: Tucson
- Stux, G y Pomeranz, Bruce** 1987 *Accupunture. Textbook and Atlas*. Springer-Verlag: Belin
- Styron, William** 2001 (1991) *Darkness Visible*. Vintage: New York
- Styron, William** 1991 (1990) *Esa visible oscuridad: memoria de la locura*. Mondadori: Madrid
- Sullivan, H.S.** (Ed.) 1968 *La fusión de la psiquiatría y de las ciencias sociales*. Psiqué: Buenos Aires.
- Sullivan, H.S.** 1956 *Clinical studies in psychiatry*. Norton: New York
- Sullivan, H.S.** 1953 *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton: New York
- Sutherland, Edwin H.** 1988 *Ladrones profesionales: texto elaborado a partir de la narración de Chic Conwell, un profesional del robo*. La Piqueta: Madrid
- Suárez, A.** 1979 *Luaña*. Galaxia: Vigo
- Swados, Elizabeth** 1993 "The Four of Us: A Family Memoir".
- Swidler, Ann y Arditi, Jorge** 1994 "The New Sociology of Knowledge" EN *Annual Journal of Sociology*; 20: 305-329.
- Szarkowski, John** 1978 *Mirrors and Windows: American Photography since 1960*. Museum of Modern Art: New York
- Szasz, Thomas** 2007 *The Medicalization of Everyday Life Selected Essays*. Syracuse U.P.: Syracuse
- Szasz, Thomas** 2007 *Coercion as Cure: A Critical History of Psychiatry*. Transation P.: New York
- Szasz, Thomas** 1996 "Fomento del SIDA en el estado terapéutico" EN *Viejo Topo*; 95: 37-42.
- Szasz, Thomas** 1989 *Psychiatric Justice*. Syracuse U.P.: Syracuse
- Szasz, Thomas** 1989 *Law, Liberty, and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. Syracuse U.P.: Syracuse
- Szasz, Thomas** 1976 (1961) *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu: Buenos Aires
- Szasz, Thomas** 1976 *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires
- Szasz, Thomas** 1974 *La fabricación de la locura*. Kairos: Barcelona
- Szczepanski, Jan** 1978 "El método biográfico" EN *Papers*; 10: 229-259.
- Sztompka, Piotr** 1995 (1993) *Sociología del cambio social*. Alianza: Madrid
- Sánchez Mayers, Ramón** 1989 "Use of folk medicine by elderly mexican-american women" EN *Journal Of Drug Issues*; 19(2): 283 y ss.
- Taboada Chivite, Xesus** 1982 *Ritos y creencias galegas*. Sálvora: Santiago
- Taboada Chivite, Xesus** 1972 *Etnografía galega*. Galaxia: Vigo
- Taboada Chivite, Xesus** 1961 *Folklore de Verín*. La región: Ourense
- Taggart de Lara, James** 1982 "Metáforas de espacio y tiempo en la tradición oral en España y México" EN *Emica*; 18: 169 y ss.
- Tausig, M.** 1987 "The rise and demise of marxist anthropology" EN *Sociology Anal.*; 21: 101-113.
- Tausig, M.** 1980 *The Devil and Commodity Fetishism in South America*. North Carolina U.P.: Chapel Hill
- Tausig, Michael T.** 1980 "Reification and the consciousness of the patient" EN *Social Science and Medicine*; 14(B): 3-13.
- Taussing, M., Michello, Janet y Subedi, Sree** (Ed.) 1999 *A sociology of mental illness*. Prentice-Hall: New Jersey.
- Tawddle, A.C.** 1981 "Sickness and the sickness career: some implications". EN *The relevance of social Science for medicine*, EDITADO POR Arthur Kleinman and L. Eisenberg, pp. 111-134. Reidel: London.
- Taylor, Ann y al., et** (Ed.) 1986 *Introducción a la psicología*. Visor: Barcelona.
- Taylor, Ch.** 1985 "Connolly, Foucault and truth" EN *Political Theory*; 13(3 August).
- Taylor, Charles** 1989 *Sources of the Self: The making of Modern Identity*. Harvard U.P.: Cambridge
- Taylor, I., Walton, P. y Young, J.** (Ed.) 1997 *La nueva criminología. Contribución a una teoría social de la conducta desviada*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Taylor, Lucien** (Ed.) 1994 *Visualizing Theory. Selected Essays from V.A.R. 1990-1994*. Routledge: London.
- Taylor, Robert** 2000 *Distinguishing Psychological from Organic Disorders: Screening for Psychological Masquerade*. Springer Publishing Co.: New York
- Taylor, Steve J. y Bogdan, Robert** (Ed.) 1992 *Introducción a los métodos cualitativos: la búsqueda de significados*. Paidós: Barcelona.
- Temkin, O.** 1971 *The Falling Sickness*. Johns Hopkins U.P.: Baltimore
- Ten Horn, G.H.H.M., Giel, R., Gulbinat, W.H. y Henderson, J.H.** (Ed.) 1989 *Registro de casos psiquiátricos en Salud*

- Pública. Un inventario Mundial 1960-1985.* Xunta de Galicia: Santiago.
- Tenorio, Nicolas** 1982 *La aldea gallega*. Xerais: Vigo
- Terradas Saborit, Inasi** 1991 "La historia de las estructuras y la historia de la vida. Reflexiones sobre las formas de relacionar la historia local y la historia general". EN *Antropología de los pueblos del norte de España*, EDITADO POR Joan Prat and U. Martínez, pp. 159-176. Taurus: Madrid.
- Terradillos Basoco, J.** 1985 "Tratamiento jurídico penal de la enajenación, art. 8". EN *Cobo-Vives 1985*, pp. 123-162.
- Terradillos Basoco, J.M.** 1980 *Regulación española de las medidas de seguridad y garantías individuales*: Madrid
- Teubner, Gunther** 1995 ""Y Dios se echó a reír" Indeterminación, autoreferencia y la paradoja del derecho" EN *Zona Abierta*; 70/71: 159-202.
- Province, The Revolutionary Health Committee of Hunan** (Ed.) 1977 *A Barefoot Doctor's Manual. A guide to traditional and Modern Medicine*. Clouburst Press: Seattle.
- Therborn, Goran** 1972 (1970) *La escuela de Frankfurt*. Anagrama: Barcelona
- Theronsstrom, S.** (Ed.) 1980 *Harvard Encyclopedia of American Etnic Groups*. Harvard U.P.: Cambridge.
- Thoits, Peggy A.** 1989 "The Sociology of Emotions" EN *Annual Rew. Soc.*; 15: 317-342.
- Thom, Rene** 1987 *Estabilidad estructural y morfogénesis*. Gedisa: Barcelona
- Thompson, J.B.** 1990 *Ideology and modern culture: critical social theory in the era of mass communication*. Polity Press: London
- Thompson, Tracy** 1995 *The beast. A reckoning with depression*. Plume: New York
- Thornton, Robert J.** 1988 "The rethoric of ethnographic holism" EN *Cultural Anthropology*; 3(3): 285-303.
- Thuren, Britt Marie** 1993 *El poder generizado. El desarrollo de la antropología feminista*. Instituto de Investigaciones Feministas de la Universidad Complutense: Madrid
- Tierney, P.** 2002 *El saqueo del Dorado*. Grijalbo: Barcelona
- Titiev, Mischa** 1989 (1963) *Introdução à antropologia cultural*. Gulbenkian: Lisboa
- Toharia, Luis** (Ed.) 1983 *El mercado de trabajo. Teoría y aplicaciones*. Alianza: Madrid.
- Tood, Harry F. y Ruffini, Julio** (Ed.) 1979 *Teaching Medical Anthropology. Model Courses for Graduate and Undergraduate Instruction*. Society Medical Anthropology: Washington, D.C.
- Topley, M.** 1976 "Chinese Traditional Etiology and methods of cure in Hong Kong". EN *Leslei* 1976, pp. 243 y ss.
- Torio López, A.** 1983 "Las fórmulas legislativas sobre la enfermedad mental. Discusión del concepto de enajenación". EN AA.VV. 1983, pp. II, 967-980.
- Torres Cubeiro, Manuel** 2008 *Luhmann*. BAia Edicións: A Coruña
- Torres Cubeiro, Manuel** 1995 *Mediators Towards Balance: Legitimizations Of Chinese Medicine In The Pacific Northwest Coast. Master Thesis* UNIVERSIDAD Western Washington University.
- Torres Cubeiro, Manuel** 1991 *Analítica de los discursos definidores de la locura (¿irracionalidad?)*. Tesina-memoria licenciatura UNIVERSIDAD Santiago de Compostela.
- Torres González, F.** (Ed.) 1978 *Los marginados en España: gitanos, toxicómanos, enfermos mentales, homosexuales*. Fundamentos: Madrid.
- Torres Luna, María del Pilar, Pazo Labrador, Alberto J. y Santos Solla, José M.** (Ed.) 1992 *Galicia, rexión de contrastes xeográficos I e II*. O Correo Galego: Vigo.
- Torres Nafarrate, Javier** (Ed.) 2004 *Luhmann: la política como sistema*. FCE, Universidad Nacional México, Universidad Iberoamericana: Mexico.
- Torres Nafarrate, Javier** 2000 "In memoriam". EN *La realidad de los medios de masas*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. vii-xxiv. Anthropos: Barcelona.
- Torres Nafarrate, Javier** 1996 "Introducción". EN *Introducción a la teoría de sistemas*, EDITADO POR Niklas Luhmann, pp. 11-19. Anthropos Universidad Iberoamericana: Madrid.
- Torres Queiruga, Andrés** 1974 *Teoloxía e Sociedade*. Xeira Nova: Santiago
- Torretallé Rocaspana, Mercè** 2008 (2007) *Esquizofrenia. Locura o realidad*. Abadía editores Pensaments: NMacaners
- Torrey, E. Fuller** 1997 *Out of the shadows. Confronting American's mental illness crisis*. Wiley and Sons: New York
- Torrey, E. Fuller** 1992 *Freudian fraud. The Malignant effect of Freud's theory on American thought and culture*. Harper Collins: New York
- Torrey, E. Fuller** 1988 (1983) *Surviving Schizophrenia. A family manual*. Harper and Row P.: New York
- Torrey, E. Fuller** 1986 (1972) *Witchdoctors and psychiatrists. The common roots of psychotherapy and its future*. Harper and Row: New York
- Torrey, E. Fuller** 1973 *The mind game: Witch doctors and psychiatrists*. Bantam: New York
- Torrey, E. Fuller, Bowler, Ann E. , Taylor, Edward H. y Gottesman, Irving I.** (Ed.) 1994 *Schizophrenia and Manic-Depressive Disorder: The Biological Roots of Mental Illness as Revealed by a Landmark Study of Identical Twins*. Basic Books: New York.
- Torrey, E. Fuller y Knable, Michel B.** 2002 *Surviving Manic Depresion. A Manual on bipolar disorder for patients, families, and providers*. Basic Books: New York
- Tosquelles, Frances** 2001 (1992) *Las enseñanzas de la locura*. Alianza: Madrid
- Townsend, Elizabeth** 1998 *Good Intentions overuled: a critique of empowerment in the routine organization of mental health services*. Toronto U.P.: Toronto
- Townsend, P. y Davidson, N.** (Ed.) 1982 *Inequalities in health: The Black Report*. Penguin Books: Harmondsworth.
- Trainer, Ted** 1999 (1985) "La pobreza del tercer mundo". EN *Pensamiento verde: una antología*, EDITADO POR Andrew Dobson, pp. 75-81. Trotta: Madrid.
- Traub, Stuart H. y Little, Craig B.** (Ed.) 1985 *Theories of Deviance*. Peacock: New York.
- Treichler, P.A. and al., Et** 1984 "Problema and problems: power relations in medical encounter". EN *Language and Power*, EDITADO POR M. S. Kramarae, Mariel Schülz and et al., pp. 62-88. Sage: California.
- Trevethan, W.R., Simth, E.O y McKenna, J.** (Ed.) 2007 *Evolutionary medicine and Health*. Oxford: New York.
- Trilling, Lionel** 1974 (1950) *El yo antagónico. Nueve ensayos críticos*. Taurus: Madrid
- True, June A.** 1983 *Finding Out*. Wadsworth: California
- Tseng, Wen-Shing y Hsu, Jing** 1969 "Chinese Culture, personality and Mental Illness" EN *The International Journal of Social Psychiatry*; xvi(1): 14-may.
- Tugendhat, Christopher** 1973 (1971) *Las empresas multinacionales*. Alianza: Madrid
- Turner, B.S.** 1988 *Medical Power and Social Knowledge*. Sage: London
- Turner, B.S.** 1987 *A Constant Burden: the reconstitution of family life*. Routledge and Kegan Paul: London
- Turner, R.H.** 1987 "Articuling self and social structure". EN *Self and Society*, EDITADO POR K. Jardley and T. Hohness, pp. 19-32. J. Wiley and Sons: New York.
- Turner, R.H.** 1976 "The real self: form institution to impulse" EN *American Journal of Sociology*; 81(5): 989-1016.
- Turner, Roy** (Ed.) 1974 *Ethnometodology. Selected readings*. Penguin: New York.
- Turner, Victor** 2001 (1986) *The anthropology of experience*. Illinois UP
- Turner, Victor** 1986 *The anthropology of performance*. PAJ Publications
- Turner, Victor** 1980 (1964) *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Siglo XXI: Madrid
- Tylor, E.B.** 1881 *Anthropology*. John Murray: Londres
- Tylor, E.B.** 1871 *Primitive culture: researchs in the development of mythology, Phylosophy, Religion, Language, art and Costum*. John Murray: Londres
- Tyrer, Peter y Steinberg, Derek** 2005 *Models of Mental Disorder*. Wiley: London
- Tönnies, Ferndinand** 1887 "Gemeinschaft und Gesellschaft". EN *Handwörterbuch der Soziologie*, EDITADO POR A. Vierkandt.
- Uhl, S.C.** 1985 "Special Friends: the organization of intersex friendship in Escaloma (Andalucía), Spain" EN *Anthropology*; 9: 129 y ss.
- Ullerspeger, J.B.** 1954 *Historia de la psiquiatría y la psicología en España*. Alhambra: Madrid

- Unschuld, Paul U.** 1998 *Chinese Medicine. Paradigm:* Massachusetts
- Unschuld, Paul U.** 1992 "Epistemological Issues and Changing legitimation: Traditional Chinese medicine in the twentieth century". EN *Leslei* 1992, pp. 44-61.
- Unschuld, Paul U.** 1987 "Traditional Chinese medicine: some historical and epistemological reflections." EN *Social Science and Medicine*; 24(12): 1023-1029.
- Unschuld, Paul U.** 1985 *Medicine in China. A History of Ideas.* California U.P.: Berkley
- Unschuld, Paul U.** 1979 *Medical ethnics in imperial China.* California UP: Berkley
- Valenstein, Elliot S.** 2002 *Blaming the brain: the truth about drugs and mental health.* Free Press: New York
- Valenstein, Elliot S.** 1987 *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness.* HarperCollins
- Valente, Lucila** 1992 "Notas para un estudio do meigallo: Desorde e reconciliación". EN *Espirados. Ensaio de Etnopsiquiatria galega*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, pp. 225-238. Laiovente: Santiago.
- Valente, Lucila** 1984 "Notas sobre un estudio del meigallo: desorden y reconciliación". EN AA.VV. 1984.
- Valle, Teresa del** 1990 "La violencia de las mujeres en la ciudad. Lecturas desde la marginalidad" EN *Mecanografiado*.
- Valle, Teresa del** 1989 "El model actual en la antropología de la mujer: modelos y paradigmas: El sexo se hereda, se cambia y el género se construye". EN *Maquieira* 1989, pp. 35 y ss.
- Valle, Teresa del** 1988 *Korrika. Rituales de la lengua en el espacio.* Anthropos: Barcelona
- Valle, Teresa del** 1988 "La preocupación con los conceptos de cultura y estructura social en el desarrollo de la teoría antropológica" EN *Kobie, bilbao*; III: 53yss.
- Vallejo Nágera, Antonio** 1996 (1977) *Locos egregios.* Planeta: Madrid
- Vallejo Nágera, Antonio** 1939 *La locura de la guerra. Psicopatología de la guerra española*
- Vallejo Nágera, Antonio** 1939 "Psiquismo del fanatismo Marxista" EN *Revista Semana Médica Española*.
- Vallejo Nágera, Juan Antonio** 1976 *Introducción a la psiquiatría.* Científico médica: Barcelona
- Vallejo Ruiloba, Julio** (Ed.) 1991 *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* Salvat: Barcelona.
- Vallejo Ruiloba, Julio** 1991 *Psiquiatría. Casos Clínicos.* Masson-Salvat: Barcelona
- Van Gogh, Vicent** 1987 *Cartas a Theo.* Labor: Barcelona
- Van Maanen, John** 1988 *Tales of the field: On writting ethnography.* Chicago U.P.: Chicago
- Varela Fernández, Julia** 2004 *A Ulfe. Socioloxía dunha comunidade rural galega.* Sotelo Blanco: Santiago
- Varela, Francisco** 1997 "El segundo cerebro del cuerpo". EN *El final de los grandes proyectos*, EDITADO POR H. R. Fischer, A. Retzer and J. Schweizer, pp. 107-113. Gedisa: Barcelona.
- Varela, Francisco** 1990 (1988) *Conocer. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales.* Gedisa: Barcelona
- Vattimo, G.** 1986 (1985) *El fin de la modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna.* Gedisa: Mexico
- Vaughan, Diane** 1986 *Uncoupling: Turning points in Intimate Relationships.* Oxford U.P.: New York
- Vega, William A. y al., Et** 1987 "Migration and Mental Health: An empirical Test of Depression Risk Factors Among Immigration Mexican Women" EN *International Migration Review*; xxi(3): 512-530.
- Veira Veira, José Luis** (Ed.) 1992 *Familia y salud mental: Informe sobre el municipio de la Coruña.* Universidad de A Coruña: A Coruña.
- Veith, Ilza** (Ed.) 1949 *Huand Ti Nei Ching Su Wen. The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine.* California U.P.: Berkeley.
- Velasco Maillo, Honorio M.** 2005 (2003) *Hablar y pensar, tareas culturales. Temas de antropología lingüística y antropología cognitiva.* UNED: Madrid
- Velasco, Honorio** 1989 "Palabras y rituales, palabras en rituales, palabras rituales". EN *Fernández Rota* 1989.
- Velasco, Honorio** 1988 "Creer es poder. Un replanteamiento de la eficacia simbólica". EN *Lisón* 1988.
- Velasco, Honorio** 1985 "Ensalmos en rituales" EN *Humanidades médicas. Antropología de la medicina*; XXIX,660-h.
- Velasco, Honorio M.** (Ed.) 1995 *Lecturas de antropología social y cultural. La cultura y las culturas.* UNED: Madrid.
- Velasco, Honorio y Díaz de Rada, Ángel** 2004 (1997) *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de Escuela.* Trota: Madrid
- Velasco, M.** 1987 *Introducción a la fenomenología de la religión.* Cristiandad ediciones: Madrid
- Vence Deza, X.** 1995 *Sistema financiero galego e desenvolvemento en Galicia.* Vigo: Xerais
- Vieta Pascual, Eduard** 1999 *Abordaje actual de los trastornos bipolares.* Masson: Barcelona
- Villares, Ramón** 1982 *La propiedad de la tierra en Galicia, 1500-1936. Siglo XXI: Madrid*
- Vincent, J.** 1982 *Teso in transformation: the political economy of peseant and class in east Africa.* California U.P.: Berkley
- Vogel, H.G.** 1991 "Similarities between various systems of traditional medicine. Considerations for the future of ethnopharmacology" EN *J. Of ethnopharmacology*; 35: 179-190.
- Volosinov, V.N.** 1976 *Freudianism: A Marxist Critique.* Academic Press: London
- Volosinov, V.N.** 1973 *Marxism and the philosophy of Language.* Seminar Press: New York
- VV.AA.** 1993 *Diccionario Histórico das ciencia e das técnicas en Galicia. Autores 1868-1936.* Edición do castro. Seminario Estudos Galegos: Sada
- Vázquez Gallego, X.** 1989 *Tradiciones, mitos y curanderismo en medicina popular de Galicia.* Diputación Provincial: Lugo
- Vázquez Montalban, Manuel** 1973 "¿Qué les pasa a los médicos? El caso de la poca rentabilidad de la locura" EN *Triunfo*.
- Vázquez Varela, José Manuel** (Ed.) 1996 *O feito relixioso en Galicia.* Asociación Galega Historiadores: Santiago.
- Vélez Ibarroa, Ricardo y Ramos Méndez, Eduardo, et al.** 2004 *Métodos Estadísticos en ciencias sociales.* Académicas: Madrid
- Wahl, Otto F.** 1999 *Telling is risky business. Mental Health consumers confront stigma.* Rutgers U.P.: NJ
- Wahl, Otto F.** 1995 *Media Madness. Public Images of Mental Illness.* Rutgers U.P.: NJ
- Waitzkin, Howard** 1993 *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal With Social Problems.* Yale University Press: New York
- Waitzkin, Howard** 1981 "A marxist analysis of the health care systems of advanced capitalist societies". EN *The relevance of social Science for medicine*, EDITADO POR Leon Eisenberg and Arthur Kleinman, pp. 333-370. Reidel: Dordrecht.
- Waitzkin, Howard** 1974 *The exploitation of illness in capitalist society.* Bobbs-Merrill: New York
- Wallace, A.F.C.** 1963 (1961) *Cultura y Personalidad.* Paidós: BBAA
- Wallerstein, I.** 1980 *The modern world sistem II: mercantilism and the consolidation of the european world economy: 1600-1750.* Academic: New York
- Wallerstein, I.** 1974 *The modern world-system: capitalist agriculture and origins of european world economy in the sixteenth century.* Academic: New York
- Waltz, Mitzi** 2000 *BiPolar Disorders: A Guide to Helping Children and Adolescents.* O'Reilly and Associates: California
- Wanderer, J.J. y Rivera, G.** 1986 "Black Magic Beliefs and White Practices: The Common Structure of Intimacy, Tradition and Power" EN *Social Science Journal*; 23(4): 419-430.
- Ware, Norma y al., Et** 1992 "Empowerment and the Transition to Housing for the Homeless Mentally Ill: An Anthropological Perspective" EN *New England Journal of Health Policy*; 8: 297-314.
- Warman, A.** 1981 *We come to object: The Peasans of Morelos and the National State.* Johns Hopkins U.P.: Baltimore
- Wasow, Mona** 1995 *The Skipping Stone: Ripple Effects of Mental Illness on the Family.* Science and Behavioral Books: Palo Alto
- Watson, A.** 1982 *Psiquiatría forense.* Salvat: Barcelona
- Watson, Graham** 1987 "Make me reflexive, but not yet: Strategies for managing essential reflexivity in ethnographic discourse" EN *Journal of Anthropological Research*; 43: 29-41.

- Watson, R.S.** 1991 "Marriage and inequality in Chinese society" EN *American Anthropologist*; 3.
- Watson, Stephen** 1994 "Applying Foucault: some problems in the application of Foucault's methods to the history of medicine in prisons". EN *Reassessing Foucault: power, medicine and the body*, EDITADO POR Colin Jones and Roy Porter, pp. 132 y ss. Routledge: London.
- Watzlawick, Paul** 1995 (1982) *El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Herder: Barcelona
- Watzlawick, Paul** 1989 (1976) *¿Es real la realidad? Confusión, Desinformación, Comunicación*. Herder: Barcelona
- Watzlawick, Paul y Helmick Beavin, Janet, et al.** 1981 (1967) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder: Barcelona
- Watzlawick, Paul, Krieg, Paul y Krieg, Peter** (Ed.) 1994 *El ojo del observador*. Gedisa: Barcelona.
- WCED** 1987 *Our Common Future*. Oxford U.P.: Oxford
- Weber, Max** 1985 (1917) *El político y el científico*. Alianza Madrid
- Weber, Max** 1984 (1903) *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Sarpe: Madrid
- Weber, Max** 1979 (1922) *Economía y sociedad*. FCE: Madrid
- Weber, Max** 1978 *Ensayos sobre metodología sociológica*. Amorrortu: Buenos Aires
- Weber, Max** 1975 (1922) *Estudios de metodología*. FCE: Madrid
- Weber, Max** 1972 (1921) *Ensayos sobre sociología de la religión*. Taurus: Madrid
- Weeks, John Robert** 1984 *Sociología de la población : introducción a los conceptos y cuestiones básicas*. Alianza: Madrid
- Weinstein, Fred y Platt, Gerald M.** 1973 *Psychoanalytic sociology: An essay on the interpretation of historical data and the phenomena of collective behavior*. Johns Hopkins U.P.: Baltimore
- Weinstein, Raymond M.** 1983 "Labeling theory and the attitudes of mental patients: a review" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 24: 70-84.
- Weinstein, Raymond M.** 1981 "Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of qualitative research" EN *Social Science and Medicine*; 151: 301-314.
- Weinstein, Raymond M.** 1979 "Patient attitudes toward mental hospitalization: a review of quantitative research" EN *Journal of Health and Social Behavior*; 20: 237-258.
- Weiss, Robert** 1994 *Learning from strangers. The art and the method of qualitative interview studies*. Free Press: New York
- Weiss, Wendy A.** 1993 "The anthropologist as a figure of Hegemony? An Introduction" EN *Anthropology Quarterly*; 10: 167-173.
- Weissman, M.M. y Myers, J.K.** 1978 "Rates and Risks of depressive disorders in U.S. suburban community" EN *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 57: 219-31.
- Weller, Susan C.** 1984 "Cross-Cultural Concepts of Illness: Variations and Validation" EN *American Anthropologist*; 86(2): 341-350.
- Welter, Gustave** 1975 (1955) *El amor entre los primitivos*. Caralt: Barcelona
- Werner, O. y Schoepfle, G.M.** (Ed.) 1987 *Systematic Fieldwork*. Sage: London.
- Werth, Barry** 1999 (1998) *Damages. One family's legal struggles in the world of medicine*. Berkley Books: New York
- West, Cameron** 1999 *First person plural*. Hyperion: New York
- West, Candace** 1984 *Routine Complications. Troubles with talk between doctors and Patients*. Indiana U. P.: Bloomington
- Wharton, William** 1990 (1981) *Mi padre*. Montesinos: Barcelona
- Wheaton, Blair** 1978 "The sociogenesis of psychological disorder: Reexamining the causal issues with longitudinal data" EN *American Sociological Review*; 43: 383-403.
- Whitaker, Robert** 2002 *Mad in America. Bad Science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Perseus P.: Cambridge, Ma.
- White, James Boyd** 1985 *Heracles' Bow*. Wisconsin U.P.: Madison
- White, Leslei A.** 1982 (1949) *La ciencia de la cultura*. Paidós: Barcelona
- White, Leslei A.** 1959 "The concept of culture" EN *American Anthropologist*; 61,2: 227-251.
- White, Leslei A.** 1949 *The science of cultura: a study of man and civilization*. Farrar, Straus and Giroux: New York
- White, Leslei A.** 1947 "Evolucionism in cultural anthropology. A Reinjonder" EN *American Anthropologist*; 49,3: 400-413.
- White, Leslei A.** 1945 "Difusion vs. Evolution. An antievolucionism falacy" EN *American Anthropologist*; 47,3: 339-357.
- White, Leslei A.** 1944 "Morgan's attitude towards religion and science" EN *American Anthropologist*; 46,1,1.: 218-230.
- White, Leslei A.** 1943 "Energy and the evolution of culture" EN *American Anthropologist*; 46(3,1): 335-357.
- White, William F.** 1989 *Learning from the field. A guide from the experience*. Sage: New York
- Whiteford, M.B.** 1978 "Women, migration and social change: a colombian case study" EN *International Migration Rew.*; 12,2,235-247.
- Whorf, B.L.** 1971 (1956) *Lenguaje, Pensamiento y realidad*. Barral: Barcelona
- Whorf, B.L.** 1956 *Language, Thought and Reality*. MIT: Massachusetts
- Whybrow, Peter** 2005 *American Mania. When more is not enough*. Norton: New York
- Whybrow, Peter** 1998 (1997) *A Mood Apart: the Thinker's Guide to Emotion and Its Disorders*. BasicBooks: New York
- Wieder, D.L.** 1974 *Language and social reality*. Mouton: La Haya
- Wield, Cathy** 2006 *Life after darkness. A doctor's journey through severe depresion*. Radcliffe: Oxford
- Wiener, Norbert** 1985 *Cibernética*. Tusquets: Barcelona
- Wight, Peter y Treacher, Andrew** (Ed.) 1988 *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*. Edinburgh U.P.: Edimburgo.
- Wilce, James R. Jr.** 1995 ""I can't tell you all my troubles" conflict, resistance, and metacommunication in Bangladeshi Illness interactions" EN *American Ethnologist*; 22(4): 927-952.
- Wilden, A.** 1972 *System and Structure: Essays in communication and exchange*. Tavistock: London
- Williams, G.** 1984 "The genesis of chronic illness: narrative reconstruction" EN *Sociology of Health and Illness*; 6(174): 200.
- Williams, Gareth** 1993 "Chronic Illness and the pursuit of virtue in everyday life". EN *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives On Health and Disease*, EDITADO POR Alan Radley, pp. 92-108. Routledge: London.
- Williams, R.** 1990 *A Protestant legacy: attitude to death and illness among older Abordonians*. Oxford U.P.: Oxford
- Williams, R.G.A.** 1983 "Concepts of Health: an analysis of lay logic" EN *Sociology*; 17: 185-204.
- Williams, R.G.A.** 1981 "Logical analysis as a qualitative method II: conflict of ideas and the topic of illness" EN *Sociology of Health and Illness*; 3(2): 165-187.
- Williams, R.G.A.** 1981 "Logical analysis as a qualitative method I: themes in old age and chronic illness" EN *Sociology of Health and Illness*; 3(2): 140-164.
- Williams, Rory** 1993 "Illness and Religion". EN *Radley 1993*, pp. 71-91.
- Williams, S.J., Gabe, J. y Calnan, M.** (Ed.) 2000 *Health, Medicine and Society. Key theories, future agendas*. Routledge: New York.
- Winerip, Michel** 1994 *9 Highland Road. Sane living for the mentally ill*. Pantheon: New York
- Winkelman, Michael** 2000 *Schamanism: the neural ecology of consciousness and healing*. Bergin and Garvey: London
- Winnicott** 1971 *Playing and reality*. Routledge: New York
- Winthrop, R.H.** 1991 *Dictionary of concepts in cultural anthropology*. Greenwood Press: New York
- Wirt, Louis** 1928 *The getho*. Chicago U. P.: Chicago
- Wolf, Eric** 2004 (1984) "La cultura, ¿Panacea o problema?". EN *Entre las gracias y el molino satánico. Lecturas de antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Felíu, pp. 27-39. UNED: Madrid.
- Wolf, Eric** 2004 (1976) "El campesinado y sus problemas". EN *Introducción y guía al estudio de la antropología económica*, EDITADO POR Paz Moreno Felíu, pp. 143-173. UNED: Madrid.

- Wolf, Eric R.** 1982 *Europe and the People without History*. California U.P.: Berkeley
- Wolf, Eric R.** 1958 "The virgin of Guadalupe: a mexican national symbol" EN *J. Of Am. Folklore*; LXXI: 34-38.
- Wolf, Eric R., Mitchell, J. Clyde y al., Et (Ed.)** 1990 *Antropología social de las sociedades complejas*. Alianza: Madrid.
- Wolf, Margery** 1992 *A thrice-Told Tale. Feminism, postmodernism and ethnographic responsability*. Stanford U.P.: California
- Wolpert, Louis** 1999 *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*. Free Press: New York
- Woolis, Rebecca** 1992 *When Someone you Love Has a Mental Illness: A Handbook for Family, Friends, and Caregivers*. Jeremy P. Tarcher: New York
- Organization, World Health (Ed.)** 2003 *Mental Health Context (Mental Health Policy and Service Guidance Package)*. World Health Organization: New York.
- Organization, World Health** 1960 *Epidemiology of Mental Disorders*. WHO, Who techical ReportSeries n185
- Worsley, Peter** 1982 "Non-western medical systems" EN *Annual Review of Anthropology*; 11: 315-348.
- Wright Mills, C.** 1986 (1959) *La imaginación sociológica*. F.C.E.: Mexico
- Wright Mills, C.** 1978 (1956) *La élite del poder*. FCE: Mexico
- Wright Mills, C.** 1960 *Listen Yankee: The Revolution in Cuba*. McGraw Hill: New York
- Wright Mills, C.** 1959 (1959) *The Sociological Imagination*. Oxford U.P.: Oxford
- Wright Mills, C.** 1956 *The power elite*. Oxford University Press
- Wright Mills, C.** 1951 *White Collar: The American Middle class*. Oxford: New York
- Wright Mills, C.** 1948 *The New Man of Power: America's Labor Leaders*. Oxford: New York
- Wright Mills, C.** 1943 "The Professional Ideology of Social Pathologist" 49: 165-180.
- Wright, P. y Treacher, A.** 1982 *The problem of medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh U.P.: Edimburgo
- Wright, Susan (Ed.)** 1994 *Anthropology of organizations*. Routhledge: New York.
- Wrong, D.H.** 1961 "The oversocialized conception of man in modern sociology" EN *American Sociological Review*; 183-93.
- Wurtzel, Elizabeth** 1994 *Prozac Nation. Young and Depressed in America*. Riverhead Books: New York
- Yanai, Tadashi** 1992 "Antropología e etnociencia. Una reflexión sobre a medicina popular". EN *Espiritados*, EDITADO POR Marcial Gondar Portosany and Emilio González, pp. 201-223. Laiovento: Santiago.
- Yang, Mayfair Mei-hui** 1988 "The modernity of power in the chinese socialist order" EN *Cultural Anthropology*; 3: 4408-4427.
- K., Yardley y Hohness, Y. (Ed.)** 1987 *Self and society*. Wiley and sons: Chichester.
- Yarrow, M., Schwartz, C., Murphy, H. y Deasy, L.** 1955 "The psychological meaning of mental illness in the family" EN *Journal of Social Issues*; 11: 12-24.
- Yoder, P. Standley (Ed.)** 1982 *African Health and Healing Systems: Proceedings of a Symposium*. UCLA U.P.: L.A.
- Young, Allan** 1995 *The Harmony of Illusions: Inventing the Post-traumatic Stress Disorder*. Princeton UP: New Jersey
- Young, Allan** 1993 "A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (posttraumatic stress disorder)". EN *Knowledge, Power and Practice*, EDITADO POR Shirley Lindenbaum and Margaret Lock, pp. 108-128. California U.P.: Berkeley.
- Young, Allan** 1982 "The anthropologies of Illness and sickness" EN *Annual review of Anthropology*; 11: 257-285.
- Young, Allan** 1980 "The discourse of stress and the reproduction of conventional Knowledge" EN *Social Science and Medicine*; 14B.3: 133-46.
- Young, Jock** 1999 *The exclusive society. Social Exclusion, crime and difference in late modernity*. Sage: London
- Young, R.** 1981 *Untyping the text. A poststructuralist reader*. Routledge, Kegan: Boston
- Zeliny, Milan (Ed.)** 1981 *Autopoiesis: a theory of living organization*. New York.
- Zempleni, A.** 1985 "La Malade et ses causes" EN *Léthnographie*; 96-97(2-3): 13-43.
- Zempleni, A.** 1966 "La dimension thérapeutique du culte des rab" EN *Psychopathologie africaine*; 2,3: 295-439.
- Zimmerman, D.H.** 1976 "Ethnomethodology" EN *American Sociology*; 13: 6-15.
- Zola, I.K.** 1973 "Pathways to the doctor: from person to patient" EN *Social Science and Medicine*; 7: 677-89.
- Zola, I.K.** 1966 "Culture and Symptoms: an analysis of patient. Presenting complains" EN *Am. Sociological Rev.*; 31: 615-630.
- Zolo, Danilo** 1995 "Autopoiesis: crítica de un paradigma posmoderno" EN *Zona Abierta*; 70/71: 203-262.
- Zuleika, Joseba** 1990 (1988) *Violencia vasca. Metáfora y sacramento*. Nerea: Madrid
- Zunzunegui, Santos** 1989 *Pensar la imagen*. Cátedra: Madrid
- Üstün, T.B., Berterlsen, A., Dilling, H., Drimmelen, J. Van, Pull, C., Okaska, A. y Sartorius, N. (Ed.)** 1999 *Libro de casos de la CIE-10. Las diversas caras de los trastornos mentales. Historias clínicas de casos de trastornos mentales y del comportamiento, en personas adultas, comentados según las descripciones de la CIE-10*. Panamericana: Madrid.

Índice de táboas:

<i>Táboa1 Diferenciación / interacción / Sistemas sociais</i>	44
<i>Táboa2 Resumen datos historia Conxo.</i>	147
<i>Táboa3 Distribución incapacidade por trastorno mental segundo Conselleria, web FEALES.</i>	148
<i>Táboa4 Horario Semanal Pérgola (2005-06).</i>	198
<i>Táboa5 Bibliografía secundaria familiares</i>	271
<i>Táboa6 Bibliografía secundaria xestores.</i>	283
<i>Táboa7 Bibliografía secundaria Pacientes</i>	303
<i>Táboa8 Bibliografía secundaria Vida en institucións.</i>	304

Índice de Ilustracións:

Ilustración1 Observando dende o lado marcado da diferenza: a enfermidade	23
Ilustración3 Unha forma segundo Spencer- BrownTomada. Pintos 2005.	23
Ilustración2 "Faga unha distinción"	23
Ilustración4 Tipos sistemas segundo Luhmann, adaptado de Corsi-Esposito-Baraldi 1996 (1991): 152.	26
Ilustración5 Observando dende o lado implícito da diferenza.	83
Ilustración6 Observando dende o lado cego da diferenza.	84
Ilustración7 Entrada Conxo	137
Ilustración8 Lateral Conxo	137
Ilustración9 Comedor de primeira Conxo.	138
Ilustración10 Toén 1959.	140
Ilustración11 Paseo Conxo. Anos 70. Jimeno (2006).	142
Ilustración12 Dormitorio Conxo. Anos 70 Jimeno (2006)	143
Ilustración13 Patio Conxo, Anos 70 Jimeno (2006)	143
Ilustración14 Hospitais Galicia, Sergas.	149
Ilustración15 Enfermos mentais crónicos graves en Galicia. A voz de Galicia, 16/04/2008	150
Ilustración16 Asociacións de Familiares e Enfermos mentais de Galicia federadas a FEALES	197
Ilustración17 Plano Pégola	199
Ilustración 18 Aula	199
Ilustración19 Taller enmarcado e cestos.	200
Ilustración 20 Taller papel, cuero e confección.	202
Ilustración 21 Día traballo Taller enmarcado e cestos	203
Ilustración 22 Marcos feitos en Pégola.	204
Ilustración 23Taller Enmarcado.	205
Ilustración 24 Cestos feitos en Pégola.	206
Ilustración 25 Taller "Comunicate".	207
Ilustración 26 Tela feita en Pégola.	208
Ilustración 27 Día traballo no Taller de confección, papel e coro.	208
Ilustración 28 Telares de Pégola.	210
Ilustración 29: Posto no mercado de Pégola en Esteiro.	210

Índice de nomes, autores e conceptos.

A

Ackerknecht, 93, 94, 98
acoplamento estrutural, 32, **34**,
49, 55, 57, 59, 307
Aggleton, 76
Aguirre, 82, 91
AISNA, 142
Alarcón, 70
albeites, 246
Albers, 76, **148**
Albor, 144
aldea, 132
Alejandro, 149
alienismo, 63
Almeida Lima, 64
Alonso, 124, 272, 282
Álvarez, 91, 117, 132, 137, 282
Álvarez Uría, 91, 137
Alzheimer, 63, 179
Amarasingham, 74, 92
amor, 35, 36, 43, 48, 58, 172, 221,
231, 242, 293, 308, 310
Anderson, 109, 110
Andrade, 132
Andreasen, 13, 236
Angell, 66, 262
animismo, 92
anomía, 99, 109
Antón, 282
Antonio López, 235
Antonio Rodríguez, 142, 146, 147,
276
antropoloxía, 5, 14, 17, 18, 19, 44,
60, 71, 74, 79, 82, 83, 84, 85, 86,
87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95,
96, 97, 98, 100, 102, 105, 110,
115, 117, 119, 129, 133, 228,
262, 263, 273, 303, 304, 314
Antropoloxía médica aplicada, 92
Antropoloxía Médica aplicada, 96

APA, 68, 76, 129
Aparicio, 144, 275, 282
APD, 137, 138, 141
aprendizaxe, 18, 66, 72, 75, 113,
125, 190, 207, 223, 233, 248
Aramerri, 104
Aranzadi, 89
Arenal, 70, 138, 139, 147, 272, 274
Argo, 153, 161, 162, 166, 169, 170,
171, 172, 173, 174, 176, 177,
178, 180, 183, 246
Aristóteles, 51
arte, 48, 87, 302
Asade, 90
Ashby, 25
Asilos, 62
Atkinson, 114
autopóiesis, 39, 50, 51, 52, 57
Azande, 88, 93

B

Bacariza, 147, 272, 274
Bachofen, 86
Badaracco, 301, 303
Baer, 74, 92
Baéz, 219
Báez, 235
Banco Simeon, 139
Barcia, 147, 272, 274, 276
Barondes, 76
Barral, 131
Basaglia, 69, 235, 313
Bassaglia, 56
Bastide, 82, 99
Beam, 304
Becker, 106, 108, 110, 124
Behar, 124
Behrman, 302, 303
Beiras, 130, 131, 132
Benedict, 88, 89, 98
Benedit, 98

beneficencia, 62, **70**, 104, 136,
145, 220, 234, 272
Beneficencia, 5, 9, 19, 137, 138,
139, 140, 141, 143, 151, 228,
238, 261, 263, 274, 275
Bennet, 96, 303
Bennett, 302
benzodicepinas, 66, 67
Berger, 112, 113, 270, 271, 303,
304
Berkam, 117
Berkman, 110
Bermejo, 142
Bernard, 64
Besada, 147, 273
Beveridge, 70
biomedicina, 13, 55, 71, 74, 75, 82,
92, 93, 94, 96, 98, 99, 102, 114,
283
Biomedicina, 313
bipolar, 7, 246, 250, 261, 262
Bipolar, **76**, 78, 148, 176, 197,
214, 220, 221, 251, 269, 271,
278, 283, 286, 297, 298, 300,
301, 303, 313, 314
Bipolaridad, 248
Bismarck, 70
Bleuler, 63
Blumer, 110, 111
Boas, 86, 88
Bobes, 68
Boden, 110, 113
Bollini, 66
Bosco, 64
Bousoño, 68
Bowie, 186
Brandes, 97
Brentano, 66
Briones, 97
Browler, 76
Brown, 23, 87, 108, 115, 309

Bueno, 85, 91
Buffon, 84
Buknill, 63
Bulbena, 64
Burgess, 109

C

Cabaleiro, 110, 113, 141, 142, 147,
230, 272, 273, 274, 276, 278,
281
Cabreiro, 193, 197
Cabreros, 197
Cáceres, 281
Cade, 67
Cadenas, 96
Calo Lourido, 134
Cannon, 107
Carandel, 235, 281
Caridad, 261, 263
caridade, 70, 143, 146, 263, 272,
284
Carles-Muñoz, 190
Carpintero, 65
Carreira moral, 108
Carrero, 110
Carrithers, 90
casa, 11, 15, 44, 49, 69, 89, 120,
132, 134, 155, 156, 159, 163,
165, 166, 167, 168, 169, 173,
174, 175, 194, 198, 201, 202,
206, 208, 210, 211, 213, 217,
222, 227, 231, 232, 234, 241,
242, 243, 244, 248, 249, 269,
270, 271, 275, 279, 282, 284,
285, 286, 287, 288, 289, 290,
291, 292, 293, 294, 301, 304
Casal Vila, 133
Cassirer, 92
Castel, 71, 138
Castilla, 35, 130, 132, 197, 202,
236, 273, 282, 283, 290
Castro, 71, 132, 145
Caudill, 71

Cavan, 109
cazadores recolectores, 44
cela doméstica, 183, 301
Cela doméstica, 174
celda doméstica, 261
Celdas de Observación, 138, 139,
141
Cerón, 282, 283

Ch

Charcot, 65
Chingola, 83, 85
CHOP, 146
CHOU, 146
CHUS, 142, 146

C

Cicerón, 84
Cicourel, 113
Cicouriel, 113
CIE, 68, 261, 303
Ciempozuelos, 235
ciencia da sociedade, 5, 14, 19, 37,
40, 50, 51, 59, 60, 79, 81, 89, 93,
103, 104, 112, 114, 120, 263
Ciencia da sociedade, 58, 59, 81,
82, 315
CIS, 117
Clifford, 89, 90
clorpromazina, 66
Cockerham, 71, 82, 110, 115, 116,
150
código, 36, 46, 47, 48, 49, 54, 55,
59, 68, 125, 307, 308, 309, 310
Coe, 93
co-evolución, 17, **34**, 46
Cohen, 72, 86
Comelles, 62, 82, 92, 94, 95, 96, 98,
109, 110, 261, 282
Comte, 85, 104, 105
comunicación, 14, 15, 18, 27, 28,
29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37,

39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48,
49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57,
58, 59, 60, 67, 74, 75, 79, 81, 82,
83, 84, 85, 86, 89, 102, 114, 115,
117, 119, 127, 135, 178, 180,
181, 182, 183, 190, 206, 215,
218, 221, 224, 227, 235, 257,
264, 272, 307, 308, 309, 310,
314
conciencia, 11, 27, 28, 29, 30, 31,
34, 35, 39, 42, 50, 55, 59, 78,
81, 98, 112, 120, 156, 183, 194,
221, 222, 223, 235, 301, 307,
309, 310, 314
conductismo, 66, 235
ContextuRal, 46, 309
continxencia, 24, 28, 29, 36, 54, 57,
180, 307, 308
contorno, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30,
31, 33, **34**, 35, 41, 42, 43, 49,
52, 55, 56, 57, 59, 81, 82, 84, 89,
92, 310
Conxo, 64, 126, 137, 138, 139, 140,
141, 142, 143, 144, 145, 147,
176, 219, 220, 228, 230, 233,
234, 235, 241, 246, 261, 272,
273, 274, 275, 276, 277, 279,
281, 283, 284, 287, 289, 293
Coombe, 90
Cooper, 56, 69, 235, 313
Corcés, 274, 276
Corsi, 25, 26, 28, 30, 32, 33, 34, 36,
37, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 52, 55
Cory, 72
Coser, 115
Coulon, 113
Covan, 303, 304
Craig, 86
Crapanzano, 90
Crespo, 117
cronicidade, 107, 126
Cronkite, 302, 303
Cullen, 62, 68

cultura, 12, 14, 33, 34, 35, 38, 41,
42, 51, 53, 57, 62, 74, 79, 83, 84,
85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93,
94, 95, 96, 98, 99, 100, 102, 107,
108, 113, 114, 119, 120, 124,
129, 138, 156, 157, 159, 210,
211, 254, 256, 263, 274, 314
Culture-Bond Syndromes, 95

D

Dahrendorf, 115
Darwin, 41, 104, 143
Dawkins, 73
decisión, 31, 37, 46, 58, **76**, 155,
214, 264, 309
Delay, 66, 276
Deniker, 66
Denzin, 88, 90, 111, 124
depresión, 246, 261, 262
Depresión, **76**, 77, 78, 148, 160,
164, 165, 170, 171, 172, 175,
214, 219, 221, 251, 283, 297,
299, 300, 301, 303, 313, 314
dereito, 26, 47, 51, 58, 83, 84, 145,
147, 159, 232, 255
Descartes, 62
desviación, 24, 56, 69, 98, 106, 107,
108, 113, 117, 119
Deus, 36, 40, 48, 54, 61, 168, 241,
242, 251, 293, 294
Devereux, 99
Deveroux, 82, 99
diagnóstico, 7, 9, 11, 16, 17, 55, 56,
68, 75, **76**, 77, 78, 95, 117, 129,
157, 158, 159, 160, 169, 170,
171, 173, 174, 176, 177, 180,
181, 182, 183, 186, 187, 197,
217, 219, 221, 222, 223, 224,
230, 235, 241, 244, 245, 246,
247, 248, 249, 262, 269, 270,
285, 286, 287, 288, 289, 290,

292, 293, 294, 295, 301, 302,
303, 314
Díaz de Espada, 144
Díaz de Rada, 88
Díaz Ojeda, 97
Díaz Plaja, 144
Díaz Plaja, 281
Díaz Sanchez, 105
diferenciación, 30, 42, 43, 44, 45,
47, 49, 50, 51, 54, 58, 61, 62, 64,
66, 74, 79, 83, 84, 86, 102, 137,
307, 308
Diferenciación en estratos, 44
Diferenciación en segmentos, 44
Diferenciación funcional, 44, 45
diferenciación social por funciones,
42
diferenza, 23, 25, 26, 28, 29, 30,
35, 41, 46, 48, 54, 57, 58, 64, 75,
87, 92, 94, 95, 97, 102, 104, 106,
107, 129, 131, 181, 185, 188,
222, 229, 251, 307, 308, 309,
310
DiGiacomo, 74, 92
Diputación, 140, 141, 142, 144, 147
discriminación positiva, 69
disease, 82, 94, 95, 100, 102
doble contingencia, 28, 29, 35, 36,
47, 49, 57, 58, 107
Domenech, 282
Domínguez, 117
Dorna, 197, 281
Dörner, 137, 138
Douglas, 89
DSM, 56, 68, 76, 95, 129, 187, 261,
303
Duke, 302, 303
Duran, 117
Durán, 117
Durham, 110
Durkheim, 29, 37, 85, 87, 89, 91,
99, 105, 119
Duro, 190

Duró, 139, 229, 273, 282, 283

E

Earle, 44, 120
Early, 197, 271
Eaton, 117
Ebel, 86
Echevarria, 66
Echevarria, 132
economía, 26, 38, 45, 46, 47, 58,
59, 74, 83, 115, 131, 134, 135,
174, 220, 309
Edelina, 202, 205, 207, 246, 248,
250, 288, 289
Edelmira, 167, 201, 246, 286, 288,
289, 296, 297, 300
Edith, 201, 202, 204, 207, 209, 245,
248, 289, 299
Edmundo, 210, 211, 290, 298
Edson, 203, 205, 206, 209, 212,
249, 290, 296
Edu, 178
Eduardo, 200, 201, 202, 204, 206,
209, 210, 218, 246, 247, 248,
249, 285, 286, 289
Efren, 248, 286, 300
Efrén, 248, 250, 286
El origen de las especies, 41
Eladia, 193, 201, 202, 207, 210,
243, 244, 245, 247, 248, 249,
270, 291, 292, 297
Eladía, 243, 251
Eladio, 205, 209, 211, 212, 248,
249, 270, 291, 299
electroshocke, 64, 69, 75, 78, 143,
165, 283, 303, 313
Elena, 201, 202, 205, 206, 207,
209, 247, 248, 249, 287, 296
Elia, 200, 201, 202, 204, 205, 209,
247, 248, 286, 287, 288
Elias, 202, 203, 270, 293
Elías, 203, 207, 209, 241, 242, 245,
246, 248, 249, 251, 293

Elisardo, 248, 292, 296
 Eliseo, 200, 201, 250, 292, 293, 298
 Elliot, 120
 emigración, 99, 100, 109, 110, 116,
 117, 119, 131, 132, 134, 136,
 154, 161, 287
 Emilia, 172
 Emilio, 186
 Emilio González, 64, 100, 138, 143,
 144, 146, 237, 261, 273, 281
 Engels, 89
 enmeigado, 100
Entorno, 310
 Epi, 209, 270, 298
 epidemioloxía, 77
 epidemioloxía, 77, 82, 117, 276,
 313
 equivalente funcional, 38, 48, 61,
 87, 97, 182, 214
 Erea, 209
 Ernestina, 165, 166
 Ernesto, 165, 166, 173, 174, 301
 Escohotado, 11
 Escola de Chicago, 92, 106, 109,
 110, 111
 Espino, 76, 147, 193, 197, 262
 Espinosa, 138
 Esquirol, 62
 esquizofrenia, 16, 32, 33, 41, 62,
 63, 69, 99, 100, 129, 150, 160,
 173, 174, 177, 205, 261, 262,
 270, 271, 286, 290, 301, 302
Esquizofrenia, **76**, 77, 100, 148,
 174, 177, 210, 211, 214, 221,
 241, 244, 246, 248, 251, 269,
 270, 271, 285, 286, 287, 288,
 289, 290, 291, 292, 293, 294,
 295, 296, 297, 298, 299, 300,
 301, 303, 313, 314
 estabilización, **41**, 42, 43, 67, 221,
 224, 308
 estadiños, 126, 154, 180, 181, 183

Esteiro, 124, 126, 134, 135, 145,
 193, 194, 195, 197, 198, 199,
 202, 204, 206, 207, 208, 210,
 211, 212, 213, 215, 227, 230,
 231, 232, 242, 244, 245, 246,
 249, 250, 252, 264, 280, 281,
 286, 287, 288, 289, 290, 291,
 292, 293, 294, 295
 Esterio, 246
 Esterson, 69
 estrato, 45
 estratos, 45, 46, 309
 Estroff, 303, 304
 estrutura, 12, 24, 25, 34, 38, 43,
 51, 87, 88, 96, 97, 99, 104, 105,
 107, 109, 112, 113, 115, 119,
 129, 131, 186, 187, 195, 199,
 213, 310
 estrutural funcionalismo, 38
 Etnomedicina, 92, 93, 274
 Etnometodoloxía, 112, 113
 etnopsiquiatría, 100
 Etnopsiquiatría, 99
 Eugenia, 174, 301
 Eugenio, 168, 169, 212, 245
 Eulalia, 174, 301
 Europa, 45, 58, 61, 62, **70**, 71, 85,
 86, 100, 127, 130, 132, 133,
 137, 138, 139, 143, 148, 167,
 181, 197, 269, 276, 282, 285
 Eusebio, 169, 200, 201, 202, 203
 Eva, 168, 176, 243, 294
 Evans-Prichard, 93
 Evans-Pritchard, 88, 93
 Evarista, 167
 Evaristo, 164, 203, 205, 245
 evolución, 12, 17, 18, 19, 23, 24,
 25, 27, 28, 31, 34, 36, 39, 41, 42,
 43, 44, 45, 51, 52, 58, 60, 72, 81,
 83, 84, 86, 89, 90, 92, 104, 119,
 120, 124, 125, 129, 154, 165,
 168, 173, 196, 198, 218, 238,

247, 262, 265, 270, 285, 301,
 307, 308, 309, 310, 314
 expectativa, 16, 17, 31, 36, 309
 Ezcurra, 235

F

Fabegra, 82
 Fabrega, 72, 94, 95
 Fábrega, 92
 Fabregat, 96, 99
 familia, 7, 11, 13, 17, 41, 43, 44, 49,
 58, 67, 82, 109, 123, 138, 142,
 155, 156, 158, 159, 161, 164,
 166, 167, 169, 177, 179, 180,
 183, 186, 208, 215, 217, 218,
 220, 224, 228, 231, 232, 235,
 241, 242, 245, 247, 252, 264,
 269, 271, 279, 284, 286, 287,
 288, 289, 290, 291, 292, 293,
 301, 303, 310, 314
 Faris, 110
farmacoloxía, 66, 67
 Farr, 68
FEAFES, **148**, 197, 209
 Fechner, 66
 Feixó Cid, 125
 Feli, 218, 269
 fenomenoloxía, 66, 106, 112
 Fernanda, 269
 Fernández de Rota, 132, 134, 135
 Fernando, 217, 219, 222, 253, 254,
 255, 256, 257
 Ferrer, 273, 281
 Fichte, 84
 Filomena, 218, 219, 220, 269
 Fink, 64
 Fiona, 218, 269
 Flandrin, 134
 Flora, 221, 270
 Foddy, 124
 FOESSA, 117
 Foester, 25
 Forde, 89

Forman, 112, 181
 Fortune, 89
 Foster, 97
 Foucault, 62, 64, 69, 70, 74, 91, 95,
 100, 117, 137, 138, 282
 Foudraine, 282, 283
 Fox, 107, 107
 Fraga, 130, 143, 145, 146
 Fraguas, 93
 Francisco, 220, 282
 Franco, 9, 69, 130, 132, 133, 140,
 144, 145, 277
 Franquismo, 140, 141, 143, 144,
 229, 235
 Franz, 62
 Frazer, 87, 91, 92, 93
 Frazier, 109
 Freedman, 76
 Freidson, 114
 Freud, 56, 63, 65, 105, 277, 314
 Frida, 270
 Frigolé, 132
 Fulgencia, 270
 función, 16, 24, 33, 35, 37, 38, 41,
 43, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53,
 54, 55, 56, 58, 59, 78, 81, 82, 87,
 88, 90, 92, 100, 104, 106, 107,
 109, 111, 116, 125, 127, 132,
 134, 149, 182, 186, 214, 215,
 218, 228, 235, 239, 245, 247,
 254, 256, 262, 281, 285, 307,
 308, 309, 310, 314, 315
 funcionalismo, 24, 38, 39, 88, 89,
 106, 113

G

Gabardino, 86
 Gabbard, 65, 219
 Gagnon, 90
 Gago, 277
 Galanti, 96
 Galeno, 61

Galicia, 12, 14, 17, 57, 60, 71, 74,
 82, 83, 84, 90, 91, 92, 93, 96, 97,
 100, 101, 103, 110, 117, 123,
 124, 125, 126, 129, 130, 131,
 132, 133, 134, 137, 138, 139,
 140, 141, 142, 144, 145, 146,
 147, 148, 149, 150, 193, 195,
 197, 220, 228, 230, 235, 241,
 243, 246, 253, 255, 261, 263,
 264, 265, 269, 272, 273, 276,
 278, 279, 281, 282, 284, 285,
 286, 287, 288, 289, 290, 291,
 292, 293, 294, 295

Gallagher, 115

Gallagher, 150

Galván Tudela, 134

Gamo, 219, 235

Garbarino, 86, 88

García, 76, 124, 133, 141, 142, 144,
 147, 149, 193, 197, 235, 261,
 262, 276, 281, 282, 281, 282,
 283, 301, 303

Gardner, 72

Garfinkel, 112, 113, 114

Garkinkel, 113

Geertz, 89, 90, 95

Gehardt, 106, 107

Gemeinschaft, 91

Gennep, 87

Gerhardt, 14, 107, 107, 108, 111,
 112, 113, 114

Gesellschaft, 91

Gestalt, 66

Giddens, 71, 109, 115, 127

Gilbert, 72

Gilllin, 108

Giné i Partagás, 273

Giner, 142, 147

Gittins, 71, 304

Goffman, 69, 111, 217

Goffmann, 69, 108, 111, 112, 303

Golgi, 64

Gómez Benito, 91

Gondar, 100, 274, 281

González, 64, 76, 82, 91, 100, 118,
 137, 138, 139, 140, 141, 142,
 143, 144, 146, 149, 235, 237,
 261, 274, 276, 277, 281, 282,
 283, 301

Goodenough, 89

Gorman, 66

Goyanes, 147, 274

Graunt, 68

Gross, 69

Gruener, 108

Günter, 46, 309

Guerra Civil, 140, 141

H

Haber, 76

Habermas, 37, 39, 40, 114

Hahn, 67, 74, 76, 92, **148**, 303

Hallowell, 89

haloperidol, 67

Hammer, 96

Harre, 96

Harris, 86, 90

Harvey, 62

Healy, 65, 165

Hegel, 84, 104, 115

Helmoltz, 66

Herder, 84

Hernández, 95, 96, 110, 117, 290

Hernández Cochón, 143

Herodoto, 104

Hess, 64

Hipócrates, 61

Historia Clínica Dixital, 9, 191, 253,
 265

holismo, 86, 91, 102, 107

Horwitz, 115, 116, 150

Hughes, 109, 110

Hull, 110

Husserl, 112, 113

I

iatroxénese, 111
 Ibañez, 50, 124
 Ibor, 70, 95, 147, 190, 193, 197,
 229, 230, 236, 272, 273, 274,
 275, 276, 278, 283
 identidade, 27, **34**, 35, 81, 85, 88,
 91, 96, 98, 111, 125, 219, 222,
 229, 238, 248, 252
 ideoloxía, 115, 146, 161, 272
 IGE, 131
 Iglesias, 104
 Illich, 111
illness, 14, 82, 94, 95, 96, 100, 102,
107, 108, 111
imaginario, 54
 imaxinario, 12, 17, 54, 61, 62, 64,
 65, 66, 69, 72, 74, 75, 84, 85, 86,
 88, 89, 91, 93, 95, 96, 98, 102,
 109, 110, 112, 115, 116, 117,
 119, 181, 182, 183, 219, 220,
 234, 235, 238, 243, 257, 264,
 292, 313, 314, 315
 imaxinario social, 54, 60, 64, 66,
 75, 102, 109
 incomunicación, 28, 32, 34
 indexicalidade, 114
 INE, 131
 información, 28, 29, 30, 31, **34**, 36,
 51, 52, 53, 54, 77, 88, 89, 124,
 126, 158, 168, 178, 182, 194,
 197, 200, 205, 211, 214, 215,
 216, 218, 221, 227, 229, 235,
 237, 253, 254, 255, 256, 280,
 283, 285, 295, 307, 308
 Inquisición, 61, 62, 100
 INSALUD, 146, 148
 institución total, 69, 111, 303
 insulina, 64, 65, 248
 interacción, 28, 34, 35, 36, 43, 44,
 49, 53, 58, 65, 67, 71, 78, 107,

110, 111, 112, 307, 308, 309,
 310, 314

Interaccionismo Simbólico, 110
 intimidade, 35, 43, 58, 214, 218,
 224, 248, 251, 264, 310
 introspección, 65, 66
 Izuzquiza, 25, 35, 38, 41, 44

J

Janicak, 66
 Jenofonte, 104
 Jimeno, 144, 147, 274, 282, 283
 Jodelet, 71, 303, 304
 Jofré, 62
 Johnnsen, 90
 Jones, 283
 Jonson, 120
 Julía, 133

K

Kahn, 66, 262
 Kaiser, 71
 Kaplan, 76, 301, 303
 Karp, 108, 114, 219, 221, 247, 270,
 271, 270, 271, 302, 303
 Kawachi, 117
 Kaysen, 65, 187, 302, 303
 Kenny, 96
 Kesity, 65, 69
 Kessing, 83
 Kirk, 68
 Kleinman, 74, 82, 92, 94, 95, 281,
 303
 Kleinmann, 68, 82, 94
 Kline, 67
 Knabe, 76
 Koella, 72
 Kongstvedt, 71
 Kottak, 86, 96
 Kraepelin, 56, 63, 65, 277
 Kramer, 61, 67
 Kroeber, 86

Kuhn, 67
 Kuper, 84, 85
 Kutchen, 68

L

Lacan, 154, 186, 189
 Lacroix, 68
 Lado, 147, 274
 Lafora, 140, 147, 275, 276
 Laín, 229
 Laín Entalgo, 61
 Lain Entralgo, 94
 Laín Entralgo, 91, 94, 274, 275
 Laing, 56, 69, 111, 313
 Lamarck, 104
 Lawrence, 66, 67, 262
Laws of Form, 308
 Laxe, 144
 Lazarus, 76
 Le Whorf, 88
 Leach, 89
 Lemert, 111
 Lemmert, 108
 leproserías, 62
 Lera, 234, 235, 274, 281, 304
 Lerner, 90
 Levi-Strauss, 87
 Levy-Bruhl, 87
 Ley del padre, 186
 Lieblich, 90
 Linde, 283
 Lindenbaum, 82
 Linneo, 68
 Lis Quibén, 93
 Lisón, 91, 96, 97, 100, 129, 132
 Lisón Tolosana, 62, 93, 97
 litio, 7, 67, 78, 235, 246, 269, 314
 lobotomía, 64, 65, 69
 Lock, 82, 96
 Lois, 142, 147, 272, 274
 López Facal, 129
 López Miguez, 93
 López Otero, 134

López Piñeiro, 62, 74
 López Souto, 139
 Lordá, 137, 138, 139, 140, 234
 Lorenzo Fernández, 132
 Luckman, 113
 Luhmann, 14, 23, 24, 25, 26, 27,
 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36,
 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 42, 43,
 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52,
 53, 54, 57, 84, 85, 86, 104, 107,
 108, 262
 Luhrmann, 65, 66, 283
 Lukmann, 112
 Lupton, 74, 82, 92, 93
 Lynch, 113, 114

M

Macarena, 199, 200, 201, 211
 Macario, 153, 154, 155
 MacLennan, 86
 Macu, 188, 279
 Mafalda, 200, 207, 208, 212
 Magendie, 64
 Maia, 200
 Maira, 212
 Malinowski, 87, 88, 90
 Mallart, 95
 Malthus, 105
managed care, 70, 71, 75, 83, 263
 Mandoloni, 65
 Mangold, 108, 302
 manicomio, 71, 175, 177, 193, 235,
 243, 244, 269, 272, 278, 281,
 292
 Manicomio, 137, 138, 139, 140,
 147, 175, 220, 235, 272, 273,
 274, 275, 276, 277, 313, 314
 Mann, 108
 Mannin, 283
 Manning, 283, 302, 303
Mannoni, 188, 189
 Manolo, 3, 185, 186, 187, 188, 279

Manuel, 95, 125, 141, 142, 143,
 144, 186, 213, 228, 229, 230,
 233, 276, 278, 281, 284
 Mapu, 212
 Marco, 153, 154, 155, 156, 157,
 158, 159, 160, 161, 162, 163,
 165, 166, 169, 170, 171, 175,
 176, 178, 233
 Marcos, 279
 Marcus, 90
 Marga, 279
 Margot, 202, 203, 204
 Mari, 173, 279, 280
 Mari Carmen, 202
 María, 64, 137, 145, 147, 193, 202,
 227, 230, 233, 234, 278, 280,
 281, 297
 María Dolores, 202, 280
 María José, 202
 Mariana, 203, 205, 206, 210, 211,
 215, 227, 244, 249, 292
 Mariño Ferro, 61, 97, 132, 133
 Mariño Paz, 132
 Mario, 279
 Maro, 201, 204, 205, 208, 211, 212,
 213, 280
 Márquez, 235
 Marta, 153, 154, 156, 157, 161,
 162, 165, 166, 169, 171, 176,
 177, 202, 279, 280
 Marticorena, 126, 270, 280, 301
 Martin, 236, 302, 303
 Martín, 62, 142, 236, 275, 278
 Martínez, 63, 68, 82, 89, 91, 92, 98,
 100, 109, 117, 131, 134, 276,
 290
 Martínez Hernáez, 63, 68, 98, 100,
 290
 Martín-Santos, 275
 Martza, 108
 Maruca, 197, 281
 Marvel, 199, 200, 201, 202, 204,
 205, 211

Marx, 89, 105, 115
 Mateos, 82, 117
 Matías, 145, **148**, 227, 228, 229,
 230, 233
 Mattingly, 96
 Mauricio, 141, 142, 154, 155, 156,
 157, 158, 159, 160, 161, 162,
 163, 164, 165, 166, 167, 168,
 169, 170, 171, 172, 173, 174,
 175, 176, 177, 178, 180, 182,
 183, 200, 205, 229, 233, 246,
 276, 279
 Mauss, 87
 Máximo, 142, 276, 279
 Maza, 104, 137
mazeway, 89
 McCall, 110
mcdonalización, 71
 McGuire, 72
 McKenzie, 109
 MCSG, 9, 35
 Mead, 35, 88, 89, 109, 110
 Medem, 148
 Mediavilla, 274, 276
 Medicina Tradicional Galega, 61,
 93
 Medicina Tradicional Gallega, 246
 medios de comunicación de masas,
 47, 54, 55
 medios de difusión, 31, 34, 50, 309
 Medios de Masas, 50, 52
 Mehan, 113
meigallo, 75, 93, 101, 261, 281
 Melchor, 141, 149, 230, 233, 250,
 276, 278
 Melón, 196, 202, 210, 241, 242,
 244, 246, 247, 280, 287, 289,
 290, 291, 292, 293, 294, 295
 Menchu, 202
 Mercedes, 125, 126, 194, 195, 197,
 233, 278, 280
Merton, 107, 109, 119
 metadona, 202, 210, 232, 294

metodología, 60, 85, 88, 109, 110,
113, 124
Michello, 82, 115
Michels, 106
Miguel, 96, 117, 282, 301
Mill, 105
Mina, 153, 156, 166, 169, 172, 173,
176
MIR, 153, 154, 155, 156, 158, 159,
166, 176, 180, 227, 228, 230,
235
Mira, 153, 166, 169, 170, 171, 172,
173, 175, 176, 177, 229, 231
Miro, 153, 159, 160, 176
Mitzman, 37, 106
Mochón, 133
Mondimore, 76
Mónica, 142, 145, 208, 209, 211,
233, 278, 295
Montalban, 235
Monteagudo, 132
Montero Gómez, 76, 262
Montesquieu, 104, 119
Montoya, 71, 143, 145, 147, 274,
275
Montse, 233, 279
Mora, 76, 282, 283
Morel, 62
Moreno, 87, 132
Moreno Feliu, 87
Morgan, 86
Morin, 74
Moriz, 64
movimientos de protesta, 47, 52
Murado, 130, 131, 132, 133
Murguía, 130
Murillo, 133

N

narratividade, 60, 90, 96, 110, 114,
120
Navia, 194, 195, 210, 211, 227
Nesse, 72

neurotransmisor, 67
Nietzsche, 105
Nixon, 71

O

Obiols, 142, 147, 272, 275, 276
observación de segundo orde, 30,
48, 53, 54, 57, 58
Oleiros, 129, 130, 134, 135, 193,
208, 211, 286, 289, 290
OMS, 148
O'Neil, 67
Oparin, 26
operación, 23, 25, 27, 28, 29, 30,
31, 42, 46, 47, 57, 288, 307, 309,
310
organización, 36, 37, 49, 52, 58, 87,
102, 105, 106, 113, 124, 129,
136, 137, 144, 161, 176, 197,
214, 215, 238, 239, 256, 273,
279, 280, 281, 288, 309
Organización Non Gubernamental,
195
O'Sullivan, 133
Otero Pedrayo, 130

P

Pablo, 209, 211, 222, 245, 248,
249, 270, 275, 294, 297, 299,
300
Paco, 246, 284, 285
PANAP, 9, 71, 140, 142, 147, 273,
277
Pancho, 202, 203, 209, 210, 211,
294, 297
Paracelso, 62
Pareto, 107, 119
Park, 109
Parron, 95
parroquia, 11, 132, 137, 139, 166,
208, 228, 241, 243, 286, 288,
291, 293

Parsons, 24, 27, 28, 37, 38, 39, 40,
41, 99, 107, 108, 107, 108, 109,
111, 113, 114, 119
Particularismo Histórico, 86
Partido Popular, 130, 145, 282
Partido Socialista Obrero Español,
144
Pascual, 245, 285
Pastor, 203, 209, 211, 249, 295,
297, 298, 300
Paula, 207, 209, 291
Pavlov, 66
Paz, 132, 246, 284, 301
Pearson, 108
pedagogía, 46, 49, 105
Pedro, 170, 204, 205, 208, 209,
221, 245, 249, 284, 297
Perdiguero, 98, 117
Peregrina, 209, 248, 291, 300
Pereyra, 193, 197
Pérgola, 7, 18, 123, 124, 126, 129,
130, 131, 134, 135, 141, 193,
194, 195, 196, 197, 198, 199,
200, 201, 202, 203, 206, 207,
208, 209, 211, 212, 213, 221,
222, 233, 241, 242, 243, 244,
245, 246, 247, 248, 249, 250,
251, 252, 262, 264, 269, 270,
278, 280, 281, 285, 286, 287,
288, 289, 290, 291, 292, 293,
294, 295
Péron, 84
Perpetuo, 142, 204, 205, 208, 249,
273, 276
Perpetúo, 204, 208
Persona, 34
Petunia, 207, 209
PIB, 131
Pickering, 105
Piedade, 205, 209
Pilgrim, 82, 115
Pinel, 62
Pinnel, 71

Pintos, 54, 126, 133, 262, 270, 280, 301
 Pío, 245
 PIR, 153
 Playa, 235
 Platón, 51
 poder, 23, 25, 28, 30, 35, 36, 47, 55, 69, 81, 84, 90, 92, 97, 115, 117, 120, 124, 133, 134, 137, 144, 145, 146, 148, 160, 161, 168, 175, 179, 181, 182, 185, 188, 194, 211, 214, 222, 246, 253, 254, 256, 257, 269, 278, 285, 290, 307, 308, 309
 policontextuRalidad, 46, 53
 policontextuRalidade, 102
 Poliner, 113
 política, 38, 40, 46, 47, 50, 53, 83, 105, 111, 118, 130, 133, 140, 168, 263, 274, 302, 309
Political Economy, 90
 Ponce, 64, 282
 Porter, 61, 71, 137, 138
 Porto Anido, 144
 postmoderna, 90, 110
 Prat, 91, 96, 134
 Prat i Caros, 91
 Press, 97
prestación, 46, 75, 83, 263
Prestación, 309
 Preston, 67
 prexuízo epistemolóxico, 37
 prexuízo humanista, 37
 prexuízo xeográfico, 37
 Pribram, 76
 Prior, 110, 115
Programa, 309
Prozac, 67
 psicanálise, 12, 14, 56, 65, 67, 68, 75, 83, 88, 107, 115, 190, 229, 234, 235, 238, 275, 277, 279, 314

psicoanálisis, 159, 183, 185, 186, 190
 psicoloxía, 12, 14, 29, 49, 65, 66, 68, 75, 83, 89, 119, 154, 169, 178, 185, 195, 206, 237, 238, 302
 psiquiatría de sector, 70, 71, 142, 183, 230, 235
 PSOE, 145, 220, 228, 275, 282
 Puente, 284, 301, 303
 Pufendorf, 84
 Puleo, 90
 punto cego, 23, 48, 57, 85
Punto ciego, 309

Q

Queen, 108
 Quesada, 235, 281, 281
 Quiñonero, 95
 Quiroga Suárez, 144

R

Rabinow, 87, 90
 Radcliffe-Brown, 87, 88
 radicalidade, 41
 Radley, 96, 111, 241
 Ramírez, 76
 Ramón e Cajal, 64, 275
 Ramos, 96
 rango, 45, 109
 Rappaport, 90
 Reagan, 71, 105
 Realismo moral, 111
 Rebullón, 145, 147, 186
 reciprocidade, 29, 44, 87
 Reckless, 109
 Redfield, 76, 93, 283, 303
 Reforma psiquiátrica, 76, 145, 191, 193, 262
 Reforma Psiquiátrica, 264
 Reist, 76, **148**, 262
 relativismo, 86, 88, 91, 98, 102

relixión, 13, 36, 45, 48, 50, 53, 61, 75, 88, 92, 93, 97, 102, 105, 133, 182, 190
 Renduelles, 76
 Retamal, 76
 Ricardo, 105
 Ricouer, 105
 Riley, 270, 271
 Río, 153, 159, 160, 161, 162, 163, 169, 177, 180
 Risco, 130
 Ritzer, 38, 71, 104, 106, 119
 Rivers, 87, 92, 93
 Robin, 82, 117
 Rocha, 132
 Rodríguez López, 93, 117, 142, 282
 Rodríguez Madero, 144
 Rodríguez Mansilla, 109
 Rogers, 82, 115
 rol, 27, 38, 69, 98, 99, **107**, 108, 119, 157, 160, 164, 175, 177, 182, 183, 228, 239
 Romani, 110
 Roseberry, 90
 Rosón Pérez, 144
 Rousseau, 104
 Ruiloba, 76, 95, 303
 Rull, 70

S

Sabido, 106
 Sacks, 113
 Saint-Simon, 85
 San Martín, 117
 San Martín, 117
 Sapir, 88
 Sarró, 277, 282
 Sauvage, 68
 Savater, 235
 Schatzmann, 69
 Schawrtz, 65
 Scheff, 69, 108

Scheid, 115, 116
 Scheper-Hughes, 96
 Schneider, 89
 Schütz, 112, 113, 119
 Segalen, 134
 Seguridade Social, 9, 55, 70, 71, 141, 145, 147, 153, 194, 228, 235, 250, 261
 selección, **23**, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 39, **41**, 42, 43, 44, 54, 57, 72, 73, 100, 129, 130, 261, 307, 308, 309, 310, 314
semántica, **5**, 18, 19, 26, 31, 33, 36, 50, 56, 57, 58, 59, 60, **61**, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 74, 75, **76**, 79, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 117, 119, 120, 138, 139, 151, 229, 238, 241, 251, 262, 263, 310, 313, 314
Semántica, 310
 sentido, 3, 12, 14, 15, 17, 19, **23**, 25, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 46, 50, 53, 55, 57, 66, 72, 74, 75, **76**, 82, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 93, 96, 97, 100, 102, **107**, 110, 112, 114, 119, 123, 124, 129, 147, 155, 160, 176, 180, 182, 185, 187, 188, 194, 209, 214, 215, 217, 218, 221, 224, 225, 227, 233, 234, 235, 237, 247, 248, 251, 264, 282, 283, 302, 308, 309, 310, 314
Sentido, 309
 sentimento, 35, 78, 217
 SERGAS, 9, 18, 19, 71, 123, 126, 146, 147, 148, 191, 194, 202, 228, 238, 252, 253, 254, 257, 269, 274, 289, 301
serotonina, 67
 Sevilla, 97, 137, 147, 272, 286
 Shannon, 30
 Sherffrin, 133
 Shiller, 302
 Shorter, 56, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 137, 165, 187, 190
sickness, 82, 94, 95, 100, 102, 107
 Sieyès, 104
 Simmel, 106, 108, 109, 115, 119
 Simon, 270, 271
 Simón, 274, 276, 277
 Singer, 71, 92
 sistema arte, 45, 48
 sistema conflito, 47, 58
 sistema da ciencia, 45, 59
 sistema dereito, 47, 83
 sistema económico, 26, 45, 46, 47, 49, 51, 66, 70, 81, 130, 310
 sistema educativo, 45, 48, 49, 50, 81, 163
 sistema familia, 43, 58, 264, 310
sistema médico, **5**, 17, 19, 45, 47, 55, 56, 59, 61, 62, 69, 70, 71, 74, 75, **76**, 79, 81, 82, 83, 91, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 102, 103, **107**, 115, 120, 141, 161, 238, 262, 271, 307, 315
 sistema parcial, 43, 45, 46, 50, 51, 52, 53, 55, 83, 309
 sistema político, 15, 45, 46, 47, 51, 74, 263
 sistema sociedade, 18, 23, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 58, 59, 63, 66, 68, 74, 75, 83, 84, 85, 86, 90, 91, 92, 95, 104, 109, 120, 129, 262, 307
 Sistema sociedade, 44, 82, 83, 88
 sistema xurídico, 45, 47, 52, 58
 sistemas parciais, 43, 44, 45, 46, 47, 51, 53, 55, 59, 70, 83, 307, 308, 310
 sistemas psíquicos, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, **34**, 35, 36, 42, 48, 49, 50, 55, 56, 57, 58, 59, 66, 75, 81, 114, 263, 307, 308, 310
 Skinner, 66
 Sloman, 72
 Smith, 72, 105
 sociedade funcionalmente diferenciada, **34**, 41, 50, 55, 58, 93, 104, 105, 119, 129, 263
 Solomon, 76, 302
 Somoza, 147, 277
 Spencer, 23, 48, 89, 104, 105, 308, 309
 Spencer-Brown, 23, 48, 308
 Spitzer, 303
 Sprenger, 61
 Stahl, 62
 Starr, 71
 Stearns, 72
 Steward, 89, 90
 Stewart, 105
 Styron, 301, 303
 Subedi, 82, 115
 Sutherland, 109
 suxeito, 26, 27, 35, 37, 38, 51, 112, 114, 189
 Sydenham, 62
 Szasz, 69, 111, 313

T

Tausig, 82, 95, 115, 116
 Taylor, 76
 Teacher, 71
 terapia moral, 62, 71
 Thomas, 69, 108, 109
 Thornton, 86
 Thrasher, 109
 Thuren, 90

tipo ideal, 106

Toén, 140, 141, 144, 145, 147, 227,
228, 229, 230, 273

Toharia, 91

Tonechos, 173, 174, 183

Tönnies, 91

Torres, 83, 87, 94, 108, 117, 130

Torres Queiruga, 133

Torretallé, 302

Torrey, 76

transferencia, 145, 146, 172, 188,
190, 301

Transición, 142, 144, 145, 235

Trevethan, 72

Triunfo, 16, 235, 281

Troisi, 72

Turke, 63

Turner, 82, 89

Tuval, 90

Tylor, 86, 87, 91, 92, 93

Ü

Üstün, 303

U

Unión de Centro Democrático, 144

Unschuld, 96

Urbegi, 301

USC, 117

V

vademécum, 182

Valenciano, 282, 283

Valestein, 66

Valium, 66, 67

Vallejo, 76, 95, 147, 190, 230, 269,
272, 275, 276, 277, 278, 303

Varela, 25, 66, 71, 91, 133, 147,
277

variación, 41, 42, 43, 308

Vázquez Varela, 133

Veiga, 110, 131

Velasco, 88, 89, 120

verdade, 12, 13, 14, 35, 49, 50, 52,
112, 124, 171, 188, 211, 233,
290

Vieta, 76

Villamil, 142, 147, 230, 273, 276,
278

Villares, 130, 131, 132

W

Wallace, 89

Wassermann, 63

Weber, 37, 66, 105, 106, 112, 113,
119

Weeks, 66, 132

Werthemair, 66

West, 302, 303

Whitaker, 219, 235

White, 89, 90

Whitting, 89

Whorf, 88

Whybrow, 76

Wieder, 113

Wield, 64, 165, 302, 303

Wiener, 25

Williams, 72

Willis, 62

Winerip, 304

Wirth, 109

Wissler, 86

Wolf, 74, 90

Wood, 113

Wundt, 65, 66

Wurtzel, 67

X

Xunta, 144, 145, 146, 147, 148

Y

Young, 82, 90, 95

Z

Zempleni, 95

Zimmerman, 113

Znaniacki, 109

Indice contido.

Prólogo.	7
Abreviaturas utilizadas:	9
Introdución	11
Primeira Parte: Socioloxía médica da EMG.	21
Capítulo 1. A Socioloxía de Niklas Luhmann (1927-1988).....	23
A lóxica da forma de Spencer-Brown.	23
A teoría xeral de sistemas de Niklas Luhmann.	24
Sistema / contorno.	24
Tipos de sistemas: os sistemas vivos, os psíquicos e os sociais.	26
Os sistemas sociais: a comunicación.	28
A semántica do sistema social.	31
Persoa, identidade, emocións e comunicación social: acoplamento estruturais.	34
Os Medios de Comunicación Simbolicamente Xeneralizados (MCSX).	35
Tipos de sistemas sociais: interaccións, organizacións e sociedades.	36
Nin acción social (Parsons), nin acción comunicativa (Habermas): comunicación.	37
Fronte a Parsons: un novo concepto de función.	38
Fronte a Habermas: un novo concepto de comunicación.	39
A evolución dos sistemas sociais: cara á sociedade funcionalmente diferenciada.	41
Os mecanismos da evolución: variación, selección e estabilización.	42
Diferenciación social: tipos.	43
Diferenciación social en segmentos.	44
Diferenciación social en estamentos ou estratos: a escritura e a imprenta.	45
Diferenciación funcional: o sistema sociedade e os seus sistemas parciais.	45
O sistema xurídico: a xustiza e o dereito.	47
O sistema político e o poder: a política da sociedade.	47
O sistema económico: a propiedade e o diñeiro.	47
O sistema arte: a arte da sociedade.	48
O sistema relixioso: a relixión da sociedade.	48
O sistema educativo: a educación da sociedade.	48
O sistema ciencia: a ciencia e a verdade da sociedade.	49

A socioloxía: a ciencia do sistema social.	50
O sistema social conflito.	52
Os movementos de protesta.	52
As empresas de fabricación da realidade: os medios de comunicación de masas.	52
Os Imaxinarios sociais: <i>scripts</i> opacos da sociedade complexa	54
O subsistema parcial da medicina e a psiquiatría.	55
Premisas luhmanianas.	57
Consecuencias metodolóxicas.	59
Capítulo 2. A semántica do sistema médico e a psiquiatría.	61
Do Asilo á diferenciación da psiquiatría (ata finais do século XIX).	61
E. Kraepelin (1855-1926) e as primeiras taxonomías: bioloxía da sociedade.	63
O inconsciente da sociedade: Sigmund Freud (1856-1939) e a psicanálise	65
A psicoloxía como ciencia.	65
Século XX: a farmacoloxía.	66
Século XX: Psiquiatría biolóxica, a serie de DSMs (<i>Diagnostic Statistics Manual</i>).	67
Século XX: Psiquiatría social / antipsiquiatría,	69
A xestión do sistema médico: as seguridades sociais, o Estado de benestar, os seguros médicos e a xestión da saúde (<i>managed care</i>).	70
Psiquiatría de sector / Psiquiatría comunitaria.	71
Século XX: psiquiatría darviniana e xenética. Novas expectativas.	72
Complexidade psiquiátrica.	74
Tres EMG: Esquizofrenia, Enfermidade Bipolar e Depresión.	76
Capítulo 3. A ciencia da sociedade: socioloxía médica.	81
Cultura e sociedade: o nacemento da antropoloxía e a socioloxía no século XIX.	83
Cultura.	84
Sociedade	85
3.A. A antropoloxía como ciencia: a cultura da sociedade.	86
A antropoloxía cultural en EEUU: culturas en detalle.	86
A Etnografía e Etnoloxía en Francia: estrutura / cultura.	87
Funcionalismo Británico: a antropoloxía social. Cultura como función.	87
A antropoloxía ata os anos 60: cultura e individuo.	88
Cultura e personalidade.	88
Cultura, simbolismo e cognición.	89
Cultura e ecoloxía: materialismo.	89
A antropoloxía tras os anos 60: cultura, poder, e narratividade.	90


A antropoloxía na sociedade non primitiva: cultura campesiña en sociedades industrializadas e antropoloxía urbana.	90
A semántica da antropoloxía: a omnipresencia do concepto de cultura.	91
A antropoloxía médica: a medicina da cultura.	91
A maxia e a relixión da cultura (Século XIX).	92
Etnomedicina /biomedicina.	93
60's: Illness / Disease / sickness.	94
A antropoloxía médica aplicada: antropoloxía do sistema médico global.	96
A Antropoloxía médica en España e Galicia.	96
A antropoloxía médica da EMG	98
Conclusións, a antropoloxía: complexidade cultural.....	102
3.B. A socioloxía como ciencia: da ilustración da sociedade á socioloxía.	104
A sociedade do século XIX: a sociedade ilustrada (reformismo social e beneficencia).	104
A Omnisciencia do concepto sociedade.	106
T. Parsons e o funcional estruturalismo. R. K. Merton (1910-2003).	107
A Escola de Chicago e o interaccionismo simbólico.	109
Fenomenoloxía e Etnometodoloxía.	112
Teoría do conflito.	115
A socioloxía da EM: a enfermidade mental da sociedade.	115
Socioloxía médica en España e Galicia.	116
3.B. Conclusións: Complexidade sociolóxica.	119
Segunda Parte: Socioloxía Médica da EMG en Galicia.....	121
Introdución.	123
Aclaracións metodolóxicas.	124
Datos primarios: tres relacións coa enfermidade mental grave.	125
Datos secundarios.	126
Capítulo 4. Galicia: A Bisbarra de Oleiros.....	129
GALICIA: xeografía e territorio.	130
Xeografía física: ¿illamento?	130
Datos económicos I.....	130
Demografía: dispersión e idade elevada.....	131
Casa e Parroquia: minifundio e inmigración.	132
Cultura, Lingua e Relixión: historia social.	132
Datos económicos II.....	133
Oleiros en Galicia: unha bisbarra costeira e interior.	134

Complexidade político territorial.	136
Capítulo 5. Psiquiatría e Beneficencia: 1885.....	137
Psiquiatría e medicina antes de 1885.	137
Real Decreto de Dementes: 1885.	138
Concepción Areal (1820-1893): Conciencia da Beneficencia.	139
Primeira Reforma (1908-1924), Ditadura Primo Rivera (1923-1930) e Segunda República (1930-1936). Conflito en Conxo.	139
1936-1975 A ditadura de Franco (1892-1975).	140
A psiquiatría privada en Galicia.	142
Conflito en Conxo nos anos setenta 1972-: A nunca implantada psiquiatría de sector.	142
1975-1982: A “Transición” psiquiátrica.	144
1986: Lei Xeral de Sanidade.	145
A democracia ata 1992: Fraga Iribarne (1922-) no poder (1989-2005).	146
A EMG e a atención psiquiátrica en Galicia en números.	148
Complexidade na administración das EMG en Galicia ata 1992.	151
Capítulo 6. Unidades de Saúde Mental en Galicia. 1992.	153
USM1 urbana e rural.....	153
Primeiro estadillo: marzo 1992.	154
Abril 1992: segundo estadillo.	156
Outubro 1992: terceiro estadillo.	159
Outubro 1992: Centro de saúde de Río.....	162
Outubro 1992. Centro de Saúde de Argo: Centro médico.....	166
Novembro 1992: cuarto estadillo.....	169
Decembro 1992. Centro de Saúde de Argo: Centro médico e visita domiciliaria.....	172
Decembro 1992: quinto estadillo.	175
Complexidade interdisciplinar.....	179
USM2 urbana.....	185
Marzo 1992. Entrevista con Manolo, psicólogo lacaniano da USM2.	185
Sesión clínica: Manolo presenta o caso de Emilio. Marzo 1992.	186
Abril 1992 Sesión bibliográfica: Mannoni, “Intervención e interpretación”.	188
Complexidade psicoanalítica.	190
Capítulo 7. Pégola 2005- 2008.....	193
Historia e recursos	193
Estrutura:	195
Vida diaria en Pégola.	196

Financiamento e pagamentos:	196
Outras asociacións.	197
Vida semanal en Pégola.	197
Talleres: enmarcado, cestaría, teares, deseño téxtil, pasta de papel, coiro, barro.	198
Luns: taller de enmarcado / taller de estados de ánimo.	200
Martes: taller de bolsas de papel / taller de psicomotricidade.	203
Mércores: Taller cestaría / taller “Comunícate”.	204
Xoves: Taller costura / clase inglés / piscina.	207
Unha escola de familias.	210
Venres: excursión con grupo do outro centro de Pégola.	211
Complexidade asociativa.	214
Capítulo 8. Males de Familia.	217
Primeira fase: negación e busca de información.	218
Segunda fase: especialistas, diagnóstico, tratamento e redefinición da identidade.	219
Terceira fase: vivindo coa EMG, cambio de identidade e aceptación.	222
Cuarta fase: o futuro incerto.	223
Íntima complexidade.	224
Capítulo 9. Males de médicos.	227
O rol de psiquiatra: a súa formación.	228
Os anos de formación.	229
Un paciente “especial”.	230
Os equipos interdisciplinares.	236
Complexidade responsable.	238
Capítulo 10. Usuarios, EM, Tolos.	241
Elías: “Eu falo con deus tódolos días. Son ou único”	241
Eladia: “Non sei se o contei ben, pero, ¡por favor! ¡ Que non me ingresen de novo no manicomio!”	243
Usuarios de pérgola.	244
Primeira fase: a vida sen EMG.	244
Segunda fase: diagnóstico, ingresos e medicación.	245
Terceira fase: chegada a Pégola e aprendizaxe.	248
Complexidade vivida.	251
Capítulo 11. Complexidade informática.	253
Complexidade de xestión.	257
CONCLUSIÓNS.	259

Apéndices: os protagonistas.	267
Perfís biográficos de familiares.....	269
Datos primarios	269
Familiares de enfermos de Pégola.	269
Grupo discusión Coruña de familiares en unidade hospitalaria: 7 familiares.	270
Familiares: datos secundarios	270
Familiares. Cadro resumo bibliografía secundaria.	271
Perfís biográficos de xestores	272
Perfís biográficos de psiquiatras españois e galegos citados.	272
Psiquiatras entrevistados.	278
USM1.	279
USM2	279
USM Esteiro	280
Grupo discusión Coruña de traballadores en unidade hospitalaria. 8 médicos. 8 psicólogos.	
13 coidadores	280
Traballadores de Pégola.	280
ASOCIACION DORNA	281
XESTORES EMG: DATOS SECUNDARIOS.....	281
Galicia	281
España	281
Europa, EEUU e o resto do mundo.	282
Xestores. Cadro resumo bibliografía secundaria.	283
Perfís biográficos de usuarios, enfermos, pacientes, tolos. Datos primarios.....	284
“Usuarios” de Pégola.	285
Usuarios de Pégola non entrevistados directamente.	295
Lista resumo dos 223 usuarios de Pégola.	296
Grupos discusión en Coruña: enfermos na unidade saúde mental.	301
Usuarios USM Santiago.	301
Usuarios USM2.	301
Pacientes, enfermos, tolos usuarios. Datos secundarios.	301
Pacientes. Cadro resumo bibliografía secundaria.	303
Testemuños vida en institucións psiquiátricas.	303
Vida en institucións e hospitais cadro resumen bibliografía secundaria.	304
Glosario de termos luhmanianos.....	305
Glosario.	311

Bibliografía	317
Índice de táboas:.....	363
Índice de Ilustracións:.....	365
Índice de nomes, autores e conceptos.	367



A afirmación central desta tese é que a Enfermidade Mental Grave (EMG) se constitúe nunha multitude complexa de procesos sociais entrelazados. A totalidade destes procesos comunícanse na expresión EMG asignándoselle nela unha falsa realidade ontolóxica. Ao converter os nomes, as comunicacións e as expectativas en cousas créanse modelos de realidade. Os conceptos como Enfermidade Mental, tolemia, loucura ou trastorno psiquiátrico (entre outros similares) designan “paquetes” de relacións e expectativas, non só estados do mundo, e dende logo, non unicamente estados psicolóxicos dunha conciencia. O obxectivo central desta investigación é *describir*, dende a socioloxía, esa rede complexa encerrada na EMG nun estudo centrado en Galicia. Só entendendo estes nomes como conxuntos de relacións, devolvéndolles a súa complexidade se poderán abolir inferencias mal encamiñadas pero ben intencionadas; e incrementar, polo tanto, a nosa comprensión compartida da EMG.

Nunha primeira parte describimos a perspectiva teórica dende a que observamos a complexa rede de relacións sociais nas que se desenvolve a carreira de cada EMG en Galicia. A socioloxía do alemán Niklas Luhmann permítenos deseñar un modelo de observación onde esa complexidade non se converte nunha realidade ontolóxica. Esta exposición teórica conclúe con vinte e cinco teses. Destas teses extraíse unha serie de consecuencias metodolóxicas. Sobre estas últimas irase construíndo o resto da nosa investigación teórica, percorrendo a historia da semántica da ciencia psiquiátrica e da socioloxía e antropoloxía.

A segunda parte desta tese é a investigación na que aplicamos este marco teórico á EMG en Galicia cos datos recollidos. Preténdese capacitar o lector para observar a complexidade sen prexulgar ningunha das perspectivas que historicamente se foron perfilando. Os dous primeiros capítulos (Capítulos 4 e 5) desta segunda parte describen Galicia dende unha perspectiva político territorial primeiro. Así comprenderemos a rede complexa de administracións que alimentan as institucións encargadas de xestionar a EMG dende o século XIX. Un segundo capítulo (capítulo 5) describe precisamente o estado legal da asistencia na súa evolución da Beneficencia ata o ano 1992. O seguinte capítulo (o 6) céntrase entón en dúas Unidades de Saúde Mental en dous capitais galegas observadas nos anos 90. O capítulo 7 céntrase na Asociación de Familiares e Enfermos mentais Pérgola na que se recolleron datos durante os últimos 3 anos desde o 2005. Tras esta descrición o noso percorrido describe as carreiras biográficas en contacto coa EMG dos tres grupos xa sinalados: familiares (capítulo 8), xestores (capítulo 9) e enfermos mentais (capítulo 10) en Galicia. Rematamos cun capítulo centrado nunha soa entrevista: un informático do SERGAS nos relatara as dificultades de implantar a Historia Clínica Dixital en toda a complexa rede pública de institucións xestionadoras da EMG.

Manuel Torres Cubeiro

Juan-Luis Pintos de Cea-Naharo (Director)